Rok LII. Kraków, dnia 1. listopada 1913 Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kliniczne w kilku sporadycznych przypadkach choroby Heine-Medina o niezwykle korzystnym przebiegu

skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

Wobec niedawnych prac Müllera, Römera, Wickmanna, napisanych w formie monografii, uwzględniających obszernie całe piśmiennictwo, poświęcone chorobie Heine-Medina, oraz wyczerpujących rozpraw o niej na zeszłorocznym zjeździe pedyatrów w Paryżu, wydaje mi się rzeczą zupełnie zbyteczną kreślić stopniowy rozwój naszych wiadomości o tej chorobie i streszczać obecne nasze o niej pojęcia. Znaczyłoby to powtarzać rzeczy łatwo dla każdego dostępne. Wystarczy, jak sądzę, jeśli zaznaczę, że współczesna medycyna kliniczna wyszła na tem polu daleko poza ramy, stworzone jeszcze przez Heinego i godząc się zupełnie z zapatrywaniami Medina, wygłoszonemi w r. 1890 na międzynarodowym zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie, uznała, że na jednem tle etyologicznem powstawać mogą rozmaite obrazy chorobowe, zależnie od tego, które okolice i jakie obszary mózgu i rdzenia uległy zapaleniu. Wspólność pochodzenia stwierdzają nietylko dokładne studya epidemiologiczne całego szeregu przypadków, tworzących ogniwa licznych epidemii, ale także skrupulatne badania anatomiczne materyału sekcyjnego. Od czasu, kiedy Landsteinerowi powiodło się przez szczepienie małp wywołać doświadczalną chorobę o tych samych cechach, jakie spostrzegamy u ludzi, mamy nadto w takich doświadczeniach prawdziwe experimentum crucis, stanowiące niezbity dowód zakaźnego*) pochodzenia choroby z jednej, a pewny sposób rozpoznawczy z drugiej strony. Dla rozpoznawania wątpliwych przypadków, kończących się zupełnie pomyślnie, może mieć ważne znaczenie i ten szczegół, że surowica krwi takich chorych posiada zdolność ubezwładniania jadu, a zmieszana w odpowiedniej ilości z materyałem zakażonym i wszczepiona z nim razem zwierzętom, chroni je przed chorobą. Zwracają na to uwagę Netter i Levaditi, Römer i Müller.

Na podstawie wszystkich tych szczegółów można było krytycznie rozebrać cały materyał kliniczny, oświetlić go należycie, a wreszcie uporządkować dokładnie. Z całej tej pracy wyłoniła się potrzeba odróżnienia kilku zasadniczych typów choroby. Wickmann, który w kierunku rozczłonkowania poszedł najdalej, odróżnia osiem jej postaci. Należą do nich:

1. Postać rdzeniowa, znana już oddawna, najczęstsza i określana skutkiem tego nazwą postaci klasycznej.

2. Postać typu Landryego odznaczająca się tem, że porażenia powstają kolejno, postępują od dołu ku górze, rzadziej w odwrotnym kierunku. Cechuje ją przebieg ciężki, zazwyczaj szybki, z niepomyślnem zejściem.

3. Postać opuszkowa lub mostowa, przypominająca niekiedy bardzo żywo ostre porażenie opuszkowe.

4. Postać mózgowa, poczytywana już dawniej przez Strümpla i P. Mariego za odmianę porażenia rdzeniowego, a znana pod nazwą ostrego lub zakaźnego porażenia mózgowego. Obraz choroby może być zresztą bardzo rozmaity, zależnie od siedziby i od rozmiarów sprawy zapalnej.

5. Postać móżdżkowa, zwana także ataktyczną, odznaczająca się zawrotami głowy i zachwianiem równowagi ciała.

6. Postać oponowa, przypominająca bardzo żywo nagminne zapalenia opon mózgu i rdzenia.

7. Postać, naśladująca rozsiane zapalenie nerwów.

8. Postać poronna, w której niema zupełnie porażeń mięśni, ani też innych znamion choroby układu nerwowego, gdzie choroba ogranicza się do zaburzeń ogólnej przyrody i kończy się z zasady pomyślnie.

Przy śledzeniu rozwoju i postępów wszystkich niemal opisanych dotychczas epidemii choroby Heine-Medina można było stwierdzić, że przed wystąpieniem jej nagminnem pojawiały się mniej lub bardziej liczne przypadki sporadyczne. Rozumie się samo przez się, że chodziło tu przedewszystkiem o t. zw. klasyczną postać zapalenia, bo ta, jako najbardziej znana, pozwalała jedynie na pewne rozpoznanie. Pokazało się dalej, że, po wygaśnięciu jednej epidemii w pewnem miejscu, lub w pewnej okolicy, takie sporadyczne zachorzenia nie znikają i przydarzają się dalej od czasu

*) Badania S. Flexnera i H. Noguchi, wykonywane w Instytucie Rockfellera w N. Yorku doprowadziły do wykrycia zarazka nagminnego zapalenia mózgu i rdzenia typu Heine-Medina. Sprawozdanie z tych badań zostało ogłoszone w Berl. kl. Wochenschrift Nr 37., wydanej 15. września b. r.

do czasu. Zupełnie więc słusznie powstało zapatrywanie, że stanowią one łącznik epidemiologiczny, a dalej, że pomiędzy postacią nagminną i sporadyczną choroby nie ma żadnej różnicy. Zapatrywanie to rozpowszechnia się coraz bardziej. Widocznie jednak nie jest jeszcze zupełnie utrwalone, skoro nawet w najnowszych monografiach o chorobie Heine-Medina znajdują się osobne ustępy, które mają za zadanie uzasadnić tożsamość obydwu postaci.

W istocie rzeczy panuje już obecnie zupełna zgoda w pojmowaniu patogenezy choroby. Co najwyżej spotkać się jeszcze można ze zdaniem, że różną jest tylko jadowitość zarazka, znaczniejszą w przypadkach epidemicznych, mniejszą w sporadycznych. Pewne wątpliwości zachodzą tylko co do tego, czy w przypadkach schorzeń odosobnionych przydarza się taka sama zmienność objawów choroby i czy tak samo rozróżniać trzeba rozmaite postacie zapalenia, jak w przypadkach nagminnych. Gromadzenie spostrzeżeń, któreby tego rodzaju wątpliwości rozjaśnić mogły, jest wobec tego zupełnie zrozumiałe i zawsze jeszcze bardzo pożądane.

Z pośród sprawozdań, zajmujących się opisami takich przypadków, zasługuje na szczególną uwagę odczyt Marchanda na posiedzeniu Tow. lek. w Lipsku z r. 1910, o przebiegu i o objawach choroby u młodego 22-letniego człowieka, z zejściem śmiertelnem. Cała sprawa trwała zaledwo 6 dni. Porażenia mięśni przypominały rozwojem swoim znany typ porażenia postępującego Landryego, a śmierć nastąpiła skutkiem porażenia oddychania. Zmiany anatomiczne, znalezione przy badaniu pośmiertnem, godziły się najzupełniej z obrazem, skreślonym z wielką precyzyą przez Wickmana dla zmian, spotykanych stale w mózgu i rdzeniu osób, zmarłych skutkiem nagminnego zapalenia typu Heine-Medina.

Z czasów moich studyów w klinice krakowskiej przypominam sobie przypadek, podobny do spostrzeżenia, opisanego przez Marchanda. Choroba rozpoczęła się ostrymi objawami ogólnymi, gorączką, bolami głowy, ogólną przeczulicą skórną. Po paru dniach zjawiły się wiotkie porażenia kończyn dolnych, później także i górnych, które po pewnym czasie częściowo ustąpiły. Chory wyzdrowiał, ale zupełnej władzy w członkach nie odzyskał. Rozpoznanie w tym przypadku opiewało: porażenie postępujące Landryego. Przy omawianiu przebiegu choroby podnosił z naciskiem ówczesny profesor kliniki, ś. p. Edward Korczyński, ostry jej początek i przebieg i zaznaczał niecodzienność takiego przebiegu. O zestawieniu tego przypadku z nagminną postacią porażenia Landryego nie mogło być wtedy jeszcze mowy, wobec tego, że praca Medina zupełnie nie była u nas znana.

Te dwa spostrzeżenia uzasadniają, jak sądzę, dostatecznie zapatrywanie, że postać sporadyczna okazywać może taki sam postępujący typ porażeń, z jakim się spotykano w czasie nagminnego panowania choroby Heine-Medina, a nadto pierwsze z nich pokazuje, że przebieg może być tak samo ciężki i kończyć się niepomyślnem zejściem.

W obu tych przypadkach uwydatniało się w obrazie klinicznym w pierwszym rzędzie schorzenie komórek zwojowych w rogach przednich rdzenia, w przypadku Marchanda także w rdzeniu przedłużonym. Choroba nie odbiegała więc zasadniczo od typu klasycznej postaci zakaźnego zapalenia rdzenia w pierwotnem pojęciu. Do rzędu spostrzeżeń, w których zespół objawów jest nieco odmienny i godzi się bardzo dobrze z opisami autorów, streszczających swoje doświadczenia na podstawie spostrzeżeń o objawach i przebiegu nagminnej postaci, należy kilka przypadków, leczonych w ostatnich czasach na moim oddziale.

Przypadek I. Helena D., lat 24, służąca, wyzn. rzym.-kat, z Sarajewa, przyjęta na oddział 30. listopada 1912.

Wywiady. Z opowiadania służbodawcy wynika, że chora już na dwa tygodnie przed wybuchem obecnej choroby miała krótkotrwały napad, który ograniczył się na przemijającym niedowładzie w obu kończynach prawej połowy ciała. Wieczorem 5. listopada dostała chora wymiotów, lekkich dreszczów i gorączki, skarżyła się na ból głowy i obolałość całego ciała. Stan taki trwał przez dzień następny. Trzeciego dnia choroby wystąpiła zupełna apatya; chwilami chora majaczyła.

Stan obecny po przyjęciu. Zachowanie się zupełnie bierne, przy dotykaniu ciała chora jęczy i usuwa się. Na pytania zupełnie nie odpowiada. Skóra twarzy blada. Fałd nosowo-policzkowy prawy wygładzony, lewy kąt ust uniesiony w górę. Powieka górna prawa niedomknięta. Ruchomość gałek ocznych, o ile stwierdzić można, utrzymana; od czasu do czasu występuje zataczanie gałek — nystagmus rotatorius. Oddziaływanie źrenic utrzymane. Podniesiona w łóżku, nie może się chora utrzymać w pozycyi siedzącej o własnych siłach. Bardzo uderzające jest zwłaszcza opadanie głowy ku przodowi. Mięśnie karkowe nie okazują prawie żadnego napięcia, są wiotkie. Taką samą wiotkość stwierdzić można w mięśniach prawej połowy brzucha. Kończyna górna prawa zgięta w łokciu; przy wyprostowywaniu trzeba przezwyciężyć dość znaczny opór. Kończyna dolna prawa wyraźnie niedowładna.



Po całej prawej stronie ciała wyraźna przeczulica skóry i mięśni. Po obu stronach brakuje odruchu kolanowego; odruchy mięśniowe po stronie prawej słabsze, aniżeli po lewej. Od czasu do czasu dostrzedz można drgania większych pęczków mięśniowych, zwłaszcza w mięśniach twarzy i goleni prawej.

Mocz oddaje chora pod siebie. Stolca od kilku dni nie było.

Z innych szczegółów zasługują na uwagę znaczna pobudliwość naczynioruchowa skóry, spotęgowana do tego stopnia, że lekkie przesuwanie rękojeścią młotka sprowadza występowanie żywo czerwonych pasów, a nadto wielka skłonność do potów. Badanie narządów wewnętrznych wykazuje ostry nieżyt gardła, nieżyt oskrzeli, obrzęk śledziony o tyle wyraźny, że brzeg narządu tego pod łukiem żebrowym dobrze wyczuć można. Czynność serca zmienna, liczba tętna waha się między 80 a 120 w minucie. Ciepłota ciała w pierwszym dniu pobytu chorej w szpitalu między 37·3 a 38·7° C.

Przez nakłucie lędźwiowe wydobyto około 60 cm^3 zupełnie jasnego płynu. W osadzie skąpa ilość limfocytów. W drobnowidowym obrazie krwi zwracała uwagę w preparatach barwionych większa odsetkowa ilość limfocytów. O ile na podstawie oglądania tych preparatów wnosić było można, nie była ilość ciałek białych większa od prawidłowej, raczej mniejsza.

O dalszym przebiegu choroby zapisano: Stan gorączkowy utrzymywał się do 5. XII. Zaparcie stolca trwało dłużej, bo do 7. XII. Dopiero po powtórzonych znacznych dawkach oleju rącznikowego i po częstych wysokich wlewaniach do kiszek wystąpił bardzo obfity stolec. Oddała go chora pod siebie. Przez cały ten czas zachowuje się chora zupełnie obojętnie, śpi we dnie bardzo wiele, w nocy chwilami bywa niespokojna, nogą lub ręką uderza w posłanie. Nie mówi zupełnie, czasami wydaje krótki, stłumiony jęk, jakby głębokie westchnienie. Kilkakrotnie stwierdzono pojawianie się plam sinawych na skórze klatki piersiowej, brzucha i kończyny dolnej po stronie prawej. Plamy te nie utrzymywały się nigdy długo. Od 7. XII. zaczyna chora odpowiadać na pytania, czyni to jednak z widoczną trudnością, mówi niewyraźnie, bezdźwięcznie. Ta niemożność dobrego wymawiania sprawia jej wielką przykrość, a nawet pobudza do płaczu. Porażenie n. twarzowego utrzymuje się w zakresie środkowej i dolnej gałęzi. Porażenie kończyn prawej połowy ciała jeszcze wyraźniejsze, aniżeli z początku. Kończyny są zupełnie bezwładne. Odruchy ścięgniste i mięśniowe po tejże stronie są jednak utrzymane. Po stronie lewej występują odruchy ze zwiększoną siłą. Porażenie zwieracza pęcherza i odbytu utrzymuje się dalej.

Stan taki trwał do końca grudnia. W tym czasie ustąpiło porażenie pęcherza i odbytnicy, mowa stała się wyraźniejsza, usposobienie chorej stało się mniej przygnębione. Od 4. I. 1913 zaczęło się szybko poprawiać porażenie kończyn.

14. I. zapisano: Chora chodzi o własnych siłach, ręką prawą może również dość swobodnie poruszać. Objętość kończyn po stronie prawej mniejsza, aniżeli po lewej. Obwód ramienia prawego wynosi 23 cm, lewego 24 cm; przedramienia, 2 cm poniżej przegubu łokciowego, po stronie prawej 21 cm, po lewej 22 cm. Udo prawe, 22 cm powyżej górnego brzegu rzepki, mierzy 44 cm, lewe 46 cm. Obwód goleni prawej w środku łydki wynosi 31 cm, lewej 32·5 cm. Mięśnie dłoni prawej, zwłaszcza palca wielkiego, wiotsze i cieńsze. Podobną wiotkość stwierdzić można i w mięśniach prawej strony brzucha. Pobudliwość mechaniczna mięśni utrzymana; przy kurczeniu się mięśni pod wpływem uderzenia młotkiem stwierdzić można wyraźnie odruch znużenia. Występuje on najwyraźniej w mięśniach wielkiego palca u ręki prawej. Stopień odruchu nie jest we wszystkich mięśniach jednakowy. W mięśniu dwugłowym, w zginaczach palców i w mięśniu skręcającym przedramię (pronator) stwierdzić można słabsze, powolne skurcze, a nadto pojawiają w nich okresowo drgania pęczków. Podobne drgania występują także w niektórych mięśniach kończyny dolnej prawej. Odruchy kolanowe po obu stronach silne, po stronie chorej odruch nawet wyraźnie wzmożony. Po tejże stronie bardzo wyraźny odruch stopowy i odruch Oppenheima.

Pobudliwość elektryczna mięśni, w których już na podstawie zwykłego badania przyjąć trzeba obecność zmian odżywczych, o tyle zmieniona, że pod wpływem drażnienia prądem przerywanym nie powstaje nagły, silny skurcz, lecz powolne faliste kurczenie się pęczków mięśniowych, a skurcze, wywoływane przez prąd stały, potrzebują do powstania jednakiej siły prądu przy zamykaniu tegoż dla katody i anody. Takie zachowanie się mięśni godzi się najzupełniej z objawami, właściwymi odczynowi zwyrodnienia małego stopnia.

Mowa chorej jeszcze utrudniona. Niedowład środkowej i dolnej gałęzi n. twarzowego utrzymuje się, odruchy w mięśniach prawej połowy twarzy, otrzymujących gałązki ruchów z n. twarzowego słabsze, okazują te same cechy, co w mięśniach kończyn.

Z tego czasu pochodzi fotografia chorej (ryc. 1), na której występuje wyraźnie porażenie n. twarzowego z wygładzeniem fałdu policzkowo-nosowego i uniesieniem w górę kąta ust po stronie zdrowej. Uwydatnia się na niej także mniejsza objętość kończyny górnej prawej.

W dalszym przebiegu choroby poprawiał się stan chorej coraz bardziej. W dniu wypuszczenia jej z oddziału, 8. lutego 1913, można było mówić o zupełnem prawie wyleczeniu w pojęciu czynnościowem. Z porażenia nerwu twarzowego prawego pozostał zaledwo spostrzegalny ślad. Chód zupełnie pewny, bez jakichkolwiek zboczeń. Odżywienie mięśni poprawiło się znakomicie. Mimoto między kończynami prawej i lewej strony stwierdzić można było różnicę objętości. Obwód ramienia wynosił po stronie prawej 24, po lewej 25 cm, przedramienia po prawej 22 cm, po lewej 23 cm. Obwód uda po prawej 47, po lewej 48 cm, goleni po prawej 33, po lewej 34 cm. Siła ręki prawej 30 kilogramometrów, lewej 40. Odruchy mięśniowe nie różniły się od od prawidłowych. Odruchy ścięgniste wogóle nieco silniejsze po stronie prawej. Wyraźnie wzmożony jest zwłaszcza prawy odruch kolanowy. Odruch stopowy, przedtem bardzo wyraźny po stronie chorej, nie daje się wywołać. Odruchu Babińskiego, ani Oppenheima niema.

(Dok. nast.).

Z Zakładu Pasteura w Paryżu. Z pracowni Dr Levaditiego.

Obecność krętków bladych w mózgu przy porażeniu postępującem w związku z etyologią i leczeniem porażenia postępującego.

Podał

Dr Julian Bańkowski,

asystent zakładu higieny U. J.

(Dokończenie.)

Otrzymane przez nas wyniki potwierdzają w zupełności stwierdzoną przez Noguchiego i Moore poraz pierwszy obecność krętków bladych w mózgu w porażeniu postępującem oraz je rozszerzają. Nieznaczny stosunkowo odsetek otrzymywanych wyników dodatnich przy badaniach Noguchiego i Marinesco i naszych dawał powód do zarzutu, że odnieść je należy do przypadków t. zw. pseudoparalysis

progressiva. Już 35% wyników dodatnich, podanych przez Noguchiego, 8% przez nas w pierwszej seryi nie usprawiedliwiał tego sceptycyzmu. Druga serya naszych doświadczeń, w której przy zastosowaniu ulepszonej techniki zdołaliśmy wykazać krętki we wszystkich badanych przypadkach, zdaje się obalać ten zarzut w zupełności. Pojęcie porażenia postępującego, jako zmiany parasyfilitycznej czy metasyfilitycznej, ustąpić powinno miejsca ujęciu tego cierpienia, jako zmian bezpośrednio wywołanych przez krętki blade i pozostających w związku z rozwojem tych krętków w korze mózgowej. Najbliższem prawdy wydaje się nam następujące ujęcie sprawy chorobowej. Najczęściej spotykamy rozsiane drobne ogniska, przeważnie usadowione w przednich partyach mózgu, obfitujące w krętki. Ogniska starsze ulegają w miarę postępu choroby samoistnemu wyjałowieniu i na ich miejscu znajdujemy daleko posunięte zmiany degeneracyjne i sklerotyczne bez krętków. W tym samym czasie powstawać mogą nowe ogniska W mózgu badanym w okresie bardzo daleko posuniętych zmian sklerotycznych możemy nie wykazać krętków. Drogą stałych nasileń zabezpieczony jest ciągły rozwój krętków i postępujący charakter sprawy chorobowej. Można przeprowadzić analogię pomiędzy typem zmian w mózgu, a typem zmian w owrzodzeniu pierwotnem z następowem zbliznowaceniem. Należy przyjąć okresowość w rozwoju krętków, analogiczną do niektórych świdrowców u pewnych gatunków zwierząt. Należy przypuścić, że jak w chorobach świdrowcowych obfite rozmnażanie się krętków wywołuje powstawanie niweczników (anticorps), pod których wpływem największa ilość krętków ginie, pozostałe zaś uodpornione osobniki rozmnażają się dalej, wywołują powstawanie nowych niweczników i podlegają temu samemu losowi. Taki pogląd wypowiedział Ehrlich [13]), przedstawiając preparaty Noguchiego. Istnieje prawdopodobnie ścisły związek pomiędzy rozmnażaniem się krętków, a udarami w porażeniu postępującem.

Sformułowany tu pogląd na istotę porażenia postępującego, wypowiedziany już w jednej ze wspomnianych naszych prac, najbardziej harmonizuje zarówno z przebiegiem klinicznym w porażeniu postępującem, jak i ze zmianami anatomicznemi i bakteryologicznemi danemi. Tłómaczy nam stały postęp choroby, częste jej zwolnienia (remisye), niezwykle długi okres czasu, jaki dzieli zazwyczaj porażenie postępujące od zakażenia kiłą. Uderza analogia, jaką się spostrzega pomiędzy usadowieniem się krętków, a oddawna opisaną siedzibą zmian anatomicznych. W 80% według Lissauera i Alzheimera zmiany anatomo-patologiczne spostrzega się w płatach przednich. Niekiedy mają one charakter ogniskowy. Co do charakteru tych zmian, to jakkolwiek nie odpowiadają one okresowi trzeciorzędnemu, są one typowe dla kiły późnej i jako takie mogą stanowić okres czwarty zmian kiłowych.

Wszystkie powyższe fakty i ujęcie ich ogólne nie rozwiązują całego zagadnienia patogenezy porażenia postępującego. Nie jest dotąd znany rozwój krętka bladego w ustroju ludzkim, nie są dość ściśle ujęte drogi przedostawania się jego do kory mózgowej. Pierwsze pytanie znaleść może odpowiedź w poznaniu cyklu rozwojowego krętka bladego. Badania w tym kierunku rozpoczęte przez głośne prace dwóch polskich uczonych (Siedlecki i Krzyształowicz) nie rozwiązały dotąd tej sprawy. Hodowle krętków (Szczerzewski Noguchi, Aoki, Nakano, Sowade), które mogłyby rzucić światło na mikrobiologię krętków, stanowią wciąż jeszcze sprawę podlegającą dyskusyi, kwestyonowaną przez takich wytrawnych na tym polu badaczy, jak Levaditi.

Co do przedostawania się do kory mózgowej krętków bladych, to przez analogię z wiądem rdzenia niewątpliwie należy zwrócić uwagę na znaczenie w tym kierunku opon mózgowych. Na podstawie badań serologicznych i etyologicznych, ostanich badań doświadczalnych, (wyniki szczepienia płynu mózgowo-rdzeniowego na królikach ogłoszone przez Uhlenhuta [14]), nie ulega wątpliwości, że krętki do płynu przedostają się we wczesnych okresach kiły, kiedy niema najmniejszych objawów schorzenia układu nerwowego. Zwłaszcza badania na zwierzętach, rozpoczęte przez Uhlenhuta, obiecują dostarczyć dużo ciekawych danych w tym kierunku. Z ogłoszonych dotąd badań tych autorów wynika, że króliki można zakazić, szczepiąc płyn mózgowo-rdzeniowy, pochodzący od chorych na kiłę i nie okazujących klinicznych objawów zajęcia układu nerwowego. Najprawdopodobniej opony mózgowe stanowią pewnego rodzaju wał ochronny dla przeniknięcia zarazków. Powstający wcześnie stan ich zapalny w zakażeniach kiłowych, jak na to wskazują cytologiczne badania, wzmaga ich przepuszczalność i sprzyja przedostaniu się zarazków do mózgu i rdzenia. Czy takie tłomaczenie w zupełności odpowiada rzeczywistości, trudno orzec. Możliwość taką powinno się uwzględnić, zwłaszcza przy leczeniu wczesnych okresów kiły; przypuszczenie to jest w zgodzie ze spostrzeganem często występowaniem wiądu rdzenia u chorych, zbyt energicznie leczonych rtęcią. Takie fakty należy odnieść być może do podrażnienia opon mózgowo-rdzeniowych przez zbyt energicznie stosowane leczenie rtęciowe.

Sprawa patogenezy porażenia postępującego nie jest wyczerpaną. Mimo to z faktu stwierdzonego i nie podlegającego wątpliwości, że kiła jest bezpośrednią przyczyną i istotą tego cierpienia, należy wysnuć konsekwencye natury praktycznej. Sprawa leczenia porażenia postępującego wchodzi na porządek dzienny z całą siłą.

Nie mamy zamiaru wyczerpać tutaj tej sprawy. Chodzi nam o najogólniejsze zoryentowanie się w nagromadzonym dotąd materyale, pochodzącym przeważnie z klinik i o podkreślenie pewnych punktów wytycznych, wypływających z prac doświadczalnych. Mamy na myśli omówienie działania środków swoistych przeciwkiłowych.

Stosowane od dawna leczenie przeciwkiłowe chorób, zwanych parasyfilitycznemi, naogół nie dało wyników dodatnich. Wprawdzie nie brak bardzo gorących zwolenników tego leczenia. Wyniki, podane przez wielu autorów, są zupełnie sprzeczne. Gdy jedni przestrzegają przed stosowaniem środków przeciwkiłowych, jako wręcz szkodliwych, inni je gorąco zalecają, jako leki swoiście działające. Ehrlich-Hata w swej książce przestrzegają przed przecenianiem wartości leczniczej salwarsanu w porażeniu postępującem, a daleko posunięte zmiany w mózgu uważają za przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu. Na zeszłorocznym Zjeździe niemieckiego Towarzystwa psychiatrycznego, większość

---

[13]) Münch. med. Woch. 1913. str. 443.

[14]) Uhlenhut i Mulcer. Cbl. f. Bakt. Bd. 57 Nr. 14. 22.

obecnych wypowiedziała się przeciwko swoistemu działaniu środków przeciwkiłowych w porażeniu postępującem. Do tych samych wyników doszli w ostatnich pracach Jolowicz[15]), Kaplan[16]). Inni, jak Raecke, Meyer i Spielmeyer (stosując 0,3—0,4 – 0,6 salwarsanu śródżylnie) doszli do wniosku, że leczenie to napewno nie jest szkodliwe, oraz odnieśli wrażenie, że wpływa dodatnio na stan chorych. Leredde[17]), Spielhoff, Dreyfuss, występują jako gorący zwolennicy tego leczenia przy stosowaniu dawek dużych. Podczas wszystkich niemal dyskusyi ostatnich czasów, jeśli zauważono wpływ dodatni środkow przeciwkiłowych, zwłaszcza w wiądzie rdzenia, to odnoszono go do działania ich jako »roborantia«.

Te niejednolite, często zgoła sprzeczne wyniki, otrzymane przez klinicystów, znajdują pewne wytłómaczenie w badaniach doświadczalnych. Jakkolwiek wiadomości nasze, dotyczące fizyologii płynu mózgowo-rdzeniowego, nie są ostatecznie ustalone, to jednak niektóre fakty stwierdzone rzucają światło na całą tę sprawę. Faktem jest, że istnieje bardzo daleko posunięta niezależność między krwią i limfą z jednej strony, a płynem mózgowo-rdzeniowym z drugiej. Wiele soli mineralnych, związków organicznych, nie przenika do płynu mózgowo-rdzeniowego. Ciała odpornościowe oraz antytoksyczne zachowują się w podobny sposób. Badania L. Camusa wykazały, że mogą one znajdować się w wysokim stopniu w surowicy krwi, gdy w płynie mózgowo-rdzeniowym niema ich wcale. Na podstawie obszernych badań[18]) autorów francuskich nie ulega wątpliwości, że przepuszczalność opon mózgowych dla wielu substancyi, dostających się do naczyń krwionośnych, jest bardzo ograniczona (jodek potasu, salicylan sodu, rtęć, arsen itp.). Po wstrzyknięciu śródżylnem sinku rtęci Sézary nie mógł go wykazać w płynie mózgowo-rdzeniowym, posługując się najsubtelniejszemi metodami. Sicard i Bloch po wstrzyknięciu 0,5 salwarsanu znajdowali go w ilości 2—3 mgr. na 1 litr płynu. A. Kopke wykazał, że po wstrzyknięciu atoksylu w śpiączce afrykańskiej świdrowce znikały ze krwi, mogły być jednak wykazane w płynie mózgowordzeniowym. Wszystkie te fakty dowodzą, że środki lecznicze, jak rtęć lub arsen, albo wcale nie przedostają się do płynu mózgowordzeniowego, albo przenikają w tak małej ilości, że leczniczo działać nie mogą. Tembardziej odnosi się to do porażenia postępującego, w którem mamy stale zmiany w naczyniach i zgrubienie opon mózgowych. Tłomaczy to w zupełności fakt, że środki przeciwkiłowe albo wcale nie działają w porażeniu postępującym, albo wywołują li tylko polepszenie.

Dane te razem ze spostrzeżeniami nad bardzo dobrem działaniem surowic leczniczych (przeciwmeningokokowej, przeciwtężcowej) przy stosowaniu ich śródrdzeniowem nasunęły myśl stosowania leków przeciwkiłowych śródrdzeniowo. Już w 1903 r. Sicard zastosował śródrdzeniowo dwujodek rtęci u 4 chorych, również Barthélemy i Lévy Bing; Claude i Lhermitte, Oettinger et Hamel, Carrieu, Roger — rtęć kolloidalną; Ravaut — sublimat, sinek rtęci; Ravaut, Wechselman, Marinesco salwarsan[19]). Nieliczne dotychczasowe spostrzeżenia wskazują, że środki te można stosować śródrdzeniowo bezkarnie, o ile nie przekracza się zbytnio dawki. Co do neosalwarsanu, to Wechselman wstrzykiwał do 10 mgr. tego środka bez żadnych objawów, natomiast chory Ravauta znosił tylko 2—4 mgr., a dawka 10 mgr. wywoływała silne zaburzenia, utrzymujące się jeszcze po 3 miesiącach. Wielką rolę odgrywa, zdaje się, stopień koncentracyi rozczynu. Co do działania leczniczego, to Sicard na podstawie swoich prac dochodzi do wniosku, że wprowadzona śródrdzeniowo rtęć jest obecna przez czas długi w płynie mózgowo-rdzeniowym i działa przez dłuższy okres czasu.

Wymienieni wyżej autorowie francuscy stwierdzili również, że opony mózgowe są bardzo wrażliwe na wprowadzenie do rdzenia najrozmaitszych środków. Zarówno rozczyn soli, nawet izotoniczny, surowica końska (Sicard i Salin), środki obojętne, jak ziarenka tuszu, talk (Sicard i Foix), jady chemiczne, toksyny, bakterye (Ravaut i Aubourg, Roche i Mestrezat) — wywołują odczyn zapalny ze strony opon, oraz wzmagają w wysokim stopniu ich przepuszczalność. Ta okoliczność nasunęła myśl dwuczasowego stosowania środków przeciwkiłowych: 1. Przygotowanie opon przez wstrzyknięcie śródrdzeniowe 0,1 do 0,2 mgr. sinku rtęci, dla wywołania stanu podrażnienia. 2. Następnego dnia stosowanie metodą zwykłą (śródżylnie) salwarsanu lub rtęci. Tinel i Levoide[20]) zalecają w ostatnich czasach wstrzykiwanie podskórne nukleinianu sodowego (1:100) dla wywołania podrażnienia, a następnie leczenie klasyczne. Wreszcie niektórzy, jak Marinesco, Hommer F. Swift i Ellis Robertson — stosowali śródrdzeniowo surowicę, którą otrzymywali od chorych na kiłę po wstrzyknięciu salwarsanu i mieli otrzymać wyniki zachęcające.

Znaczenie lecznicze tych zabiegów nie może być ocenione dziś należycie wobec zbyt szczupłej ilości spostrzeżeń. Być może, że są to metody, które rozwiną się i dadzą wyniki pożądane. Na razie z punktu widzenia teoretycznego nasuwać się muszą pewne zastrzeżenia.

Po pierwsze fakt, że o krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w zwykłem znaczeniu tego wyrazu nie może być mowy, nasuwa przypuszczenie, że i te metody zapewnić mogą leczniczy wpływ przeważnie miejscowo. Przemawiają za tem doświadczenia, wykonane na zwierzętach. Po wstrzyknięciu mieszaniny talku z nukleinianem sodowym spostrzegał Camus stan zapalny na przestrzeni ograniczonej. Ziarenka tuszu, wprowadzane śródrdzeniowo przez Sicarda, rozchodziły się w różnych kierunkach bardzo wolno i nie wskazywały na obecność prawidłowego krążenia.

Z drugiej strony środki te są nadzwyczajnie trujące. Camus wykazał, że niektóre środki — jak związki ołowiu, po wprowadzeniu ich śródrdzeniowo nie dają żadnych objawów natychmiastowo. Ich działanie trujące, bardzo silne, występuje dopiero po kilku dniach. Do tego samego typu zalicza Camus rtęć i salwarsan. Neosalwarsan okazywał się

15) Neurol. Centr. 1913. 210.
16) Deutsche m. Woch. 1913. 1035.
17) La question des affect. parasyphilit. en 1912. Komunna VII kongr. międzyn. derm. i syfil.
18) Anglada. Le liquide ceph. rachid. 1909.
Mestrezat. » » » 1912.
Sicard » » »

19) por. Sicard. Le journal medic. francais. 15. mai 1913.
Wechselman. Deut. med. Woch. Nr 31. 1913.
Ravaut. Gazette des hopitaux. Nr 15. 1913.
20) C. r. Soc. de biol. Seance 17 mai 1913.

bardzo trującym już w dawce kilku miligramów, rtęć działała jeszcze silniej [21]).

Tym sposobem — i bezpośrednie wprowadzanie środków leczniczych do rdzenia napotyka na znaczne ograniczenia; działanie ich przeważnie miejscowe, a zwłaszcza silna zjadliwość nie pozwala na stosowanie ich w dawce dostatecznej i nie zapewnia im, jak się zdaje, działania ogólniejszego [22]).

Te ograniczenia oczywiście nie oznaczają, że wymienione zabiegi są skazane z góry na bezowocność.

Nasuwa się jednak ze wszystkiego, cośmy powiedzieli, przypuszczenie, że powinowactwo środków przeciwkiłowych do tkanki nerwowej jest podobnie silne, jak i do zarazka kiłowego. Pewną analogię możnaby przeprowadzić z barwieniem preparatów zapomocą azotanu srebra, który impregnuje niemal równie silnie włókna nerwowe, jak i krętki blade. Trzeba uciekać się do sztucznych sposobów, aby tego uniknąć. To przypuszczenie, łącznie z podanem powyżej przypuszczeniem, że krętki blade przy porażeniu postępującem należą do szczepów natury odmiennej, odpornych, stanowićby mogło najwłaściwsze tłómaczenie, dlaczego środki przeciwkiłowe nie działają w tym przypadku. To przypuszczenie powinno być jednym z punktów wyjścia dla badań nad wyszukaniem odpowiedniego sposobu leczenia tych chorób.

Na razie słowa, dawno wypowiedziane przez Fourniera w zastosowaniu do kiłowych schorzeń układu nerwowego, stanowią najmocniejszą podstawę do ich leczenia. Dane zebrane przez Fourniera wskazują, że na 5.749 zmian kiłowych trzeciorzędnych 1.857 dotyczy układu nerwowego. Układ nerwowy jest tedy najczęstszem po skórze siedliskiem kiły. »Jad« kiłowy jest par excellence »jadem« nerwowym. Stąd wniosek, że każdy dotknięty kiłą jest silnie zagrożony rozwojem kiłowego schorzenia układu nerwowego. I z tego punktu widzenia powinno być przeprowadzane całe leczenie kiły. Inaczej mówiąc **zapobieganie** cierpieniom kiłowym układu nerwowego przez leczenie doszczętne kiły stanowi dotąd najmocniejszą broń w walce z późnymi przejawami kiły. Dokładne metody badania zarówno kliniczne, jak serologiczne i cytologiczne, pozwalają na śledzenie sprawy chorobowej i wczesne stosowanie zarówno swoistego leczenia, jak i ogólnych środków, które odgrywać muszą w kierunku zapobiegawczym wielką rolę.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Castellino. **Fizyopatologia nadnerczy w stosunku do choroby Addisona i zbioru objawów nadnerczowych.** (Według wykładów prof. C. zebrał i podał Dr B. Marotta — La Riforma medica 1913, Nr 9, 10, 11, 12, 13).

[21]) Mieliśmy sposobność badania płynu mózgowo-rdzeniowego po wstrzyknięciu śródrdzeniowem neosalwarsanu. Siła trypanobójcza tego płynu była bardzo mała: świdrowce, poddane działaniu płynu, zdołały zakazić myszy.

[22]) W doświadczeniach autora jest wyłączony wpływ działania niedostatecznie starannie wyjałowionej wody, na karb czego odnoszą często autorowie toksyczność salwarsanu (Wechselman).

Historya: Odkrywcą nadnerczy był Bartolomeo Eustachio, słynny anatom XVI w., który w rozprawie o nerkach poświęca osobny rozdział »glandulis, quae renibus incumbunt«. Badania uczonych następnych wieków, jak Petrucci, Malpighi, Winslow, zajmowały się nadnerczami jedynie pod względem anatomicznym. Drugi okres historyi nadnerczy rozpoczęły badania Brown-Séquarda, które w przeciwieństwie do poprzednich zaczęły uwzględniać także i stronę czynnościową. B. S. stwierdził, że zwierzęta, którym usunięto nadnercza, giną w ciagu 1 - 2 dni, wśród postępującego osłabienia, wzmożenia, a później upośledzenia czynności oddechowej i serca, braku łaknienia, czasem spadku ciepłoty, wreszcie drgawek i zapadu; ponieważ zaś zauważył we krwi zwierząt wielką ilość barwika, tłómaczył te objawy zatorami barwikowymi naczyń mózgu. Samym zaś nadnerczom przypisywał czynność przeszkadzającą nagromadzeniu się zbytniej ilości barwika we krwi. Te badania własności fizyologicznych nadnerczy, którym dał początek B. S., doprowadziły wreszcie w 1901 r. do wykrycia przez Takaminę czynnego pierwiastka nadnerczy, mianowicie adrenaliny.

Anatomia: Stosunek nadnerczy do nerek jest tylko topograficzny, nie łączy ich zaś żaden związek czynnościowy, ani anatomiczny; nie zbyt rzadko spotyka się dodatkowe nadnercza w nerkach, w więzadle szerokiem, jajnikach, w jajnikach dodatkowych, jądrach, najądrzach, wzdłuż przewodu nasiennego, w zwojach półksiężycowatych, w zwoju trzewnym (plexus solaris) i innych miejscach. W początkach życia pozamacicznego wielkość nadnerczy dorównuje wielkości nerek, u dorosłych zaś stosunek ten nerek do nadnerczy jest jak 10:1; u murzynów mają być nadnercza większe, niż u ludzi rasy białej. O ważności nadnerczy świadczy bardzo silne unaczynienie, krew doprowadzają bowiem 3 rodzaje tętnic; układ żylny stanowi w pierwszym rzędzie jedna wielka żyła, biegnąca przez całą szerokość gruczołu, posiadająca bardzo silnie rozwinięte komórki mięsne, co ma wskazywać na jej zadanie, między innemi, wprowadzania czynnego pierwiastka nadnerczy do ogólnego krążenia. Układ limfatyczny gruczołów nie przedstawia odrębnych znamion. Badanie mikroskopowe wykazuje 3 różne warstwy: otoczkę łączno-tkankową, która wysyła promieniste wypustki do wnętrza narządu, istotę korową, barwy żółto-popielatej, składającą się z komórek nabłonkowych, wielobocznych, ułożonych w 3 warstwy, a mianowicie kłębkową, pasmowatą i siatkowatą; przejście istoty korowej we warstwę rdzenną jest dość wyraźne, barwa warstwy rdzennej jest czerwono-brunatna, lub ciemna: w zwłokach bywa istota rdzenna rozmiękła, papkowata, co było powodem, że dawni anatomowie przyjmowali jamę we wnętrzu nadnerczy. Komórki warstwy rdzennej są bardzo drobne, luźnie połączone, układają się w rodzaj kłębków lub cewek, które są otoczone naczyniami włosowatemi i rozgałęzieniami nerwowemi; we wnętrzu ich znajdują się bardzo drobne ziarenka, mające własność barwienia się żółto, lub żółto-brunatno kwasem chromowym i jego solami, dzięki czemu otrzymały nazwę komórek chromochłonnych (cellule cromaffini, tessuto cromaffine). Przestrzenie naczyniowe istoty rdzennej wysłane są warstwą przypłaszczonych komórek, w ich świetle zaś znajdują się czasem wspomniane już ziarenka t. zw. ziarnistość Pfaundlera; według niektórych mają być one upostaciowanym pierwiastkiem czynności wydzielniczej warstwy rdzennej. Unerwienie gruczołów jest bardzo obfite; otrzymują one gałązki od splotu trzewnego (plexus coeliacus) i wysyłają odgałęzienia do zwoju nerwowego. W ten sposób spotykamy wszelkie możliwe połączenia między nerwem trzewnym, zwojem nerkowym, splotem trzewnym, a za jego pośrednictwem i nerwem błędnym i przeponowym. Najwybitniej jest unerwiona warstwa rdzenna; możnaby ją sobie przedstawić, jako wielkie nagromadzenie komórek układu współczulnego, które z biegiem ontogenezy uległy zmianom przez pojawienie się w ich protoplazmie ziarenek chromochłonnych. Nadto obfituje ona, przy-

najmniej u człowieka, w liczne właściwe komórki układu współczulnego. W ciągu rozmaitych okresów rozwoju jednostki przechodzą nadnercza różne zmiany anatomiczne, odnoszące się do stosunku obu warstw do siebie i układu komórek; w przeciwieństwie do innych narządów, które z biegiem czasu ulegają zanikowi, nadnercza przybierają na wadze i objętości w okresie starczym; przerost ten może dotyczyć w różnym stopniu wszystkich warstw, najczęściej jednak występuje ogniskowo, skąd wynikają guzowatości w istocie korowej. Równocześnie przerasta silnie tkanka łączna; warstwa rdzenna okazuje również przerost, jednak jej komórki nerwowe zwykle zanikają i przedstawiają wybitną chromatolizę.

Fizyologia: Ponieważ teorya Brown-Séquarda, że śmierć zwierząt, którym usunięto nadnercza, polega na zatorach barwikowych mózgu, nie mogła się utrzymać, przypuszczano, że działanie nadnerczy polega na niszczeniu pewnych trujących wytworów naszego ustroju. Według jednych miał to być jad, powstający wskutek zmęczenia (veleno della fatica), według innych neuryna. Wielkim krokiem naprzód było stwierdzenie przez Olivera i Schäfera, że wyciąg z nadnerczy podnosi parcie tętnicze; czynny pierwiastek tego wyciągu otrzymał nazwę adrenaliny, a liczne prace, zwłaszcza włoskich autorów, wykazały, że zdolność wytwarzania adrenaliny należy wyłącznie do warstwy rdzennej. Dalsze badania udowodniły ścisły związek między układem współczulnym a nadnerczami, przedewszystkiem zaś istotą rdzenną; tak n. p. Penole, przecinając nerw trzewny, wywołał powolny zanik warstwy rdzennej nadnercza tej samej strony; Pellegrino natomiast, usuwając po jednej stronie nadnercze, a po drugiej przecinając nerw trzewny, uzyskał obraz kliniczny, jaki występuje po obustronnem usunięciu nadnerczy. Związek ten wynikał także z danych klinicznych, gdyż w przebiegu niektórych postaci choroby Addisona zauważono równocześnie zmiany w układzie współczulnym. Jakkolwiek warstwa korowa nie ma żadnego, lub prawie żadnego wpływu na ciśnienie tętnicze, to nie jest ona jednak zupełnie bezczynna; tak n. p. Penole wypowiada, wprawdzie z wielką ostrożnością, twierdzenie, że czynność komórek rdzennych tylko wtedy może przyjść do skutku, jeżeli przynajmniej pewna liczba komórek warstwy korowej jest utrzymana. Skutek w takim razie będzie ten sam, czy niedomoga komórek rdzennych będzie pierwotna, czy też będzie sprawą następową, wywołaną przez pierwotne zmiany w komórkach korowych. Natomiast jeden objaw zależy prawdopodobnie wyłącznie od niedomogi istoty korowej, a mianowicie charłactwo. Doświadczenia Penolego wykryły jeszcze i inny związek między układem współczulnym i nadnerczami, a mianowicie obecność w nerwie trzewnym i sploci trzewnym (plexus solaris) włókien nerwowych, będących dla tych gruczołów nerwami naczynio-ruchowymi i wydzielniczymi odnośnie do komórek warstwy rdzennej. Oprócz tych rodzajów nerwów spotykamy w nadnerczach jeszcze włókna ruchowe, mające zaopatrywać liczne gładkie komórki mięsne, tworzące rodzaj narządu ruchowego, który prawdopodobnie wtedy zaczyna działać, gdy wskutek gwałtownych jakichś przyczyn, n. p. silnych wahań w ciśnieniu tętniczem, jest konieczne dostanie się do obiegu większych ilości adrenaliny.

Stosunek nadnerczy do gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem Według dzisiejszego stanu nauki można twierdzić, że z gruczołów o wydziealniu wewnętrznem najwięcej zbliżona do nadnerczy jest przysadka; zapomocą bowiem wyciągu z niej wywołano podniesienie ciśnienia, rozszerzenie źrenicy, cukromocz i uszkodzenia ścian naczyniowych; nadto według niektórych adrenalina ma działać na serce za pośrednictwem przysadki. Z licznych doświadczeń wynika, że wytwory wydzielania wewnętrznego tarczycy i nadnerczy podniecają wzajemnie swą czynność, oba zaś razem wzięte są przeciwnikami wydzieliny wewnętrznej trzustki. Wynika to, między innemi, z punktu, że rozszerzenie źrenicy oka (żabiego, świeżo wyjętego), wywołane przez adrenalinę, zwiększa się pod wpływem wyciągu z trzustki; nadto tak częsty cukromocz przy chorobie Basedowa tem się tłómaczy, że do zwiększonego wydzielania wewnętrznego tarczycy dołącza się wzmożona czynność nadnerczy przy równoczesnem zmniejszeniu wydzielania wewnętrznego trzustki. Castellino zauważył zmniejszenie się czynności wysepek Langerhansa u zwierząt pozbawionych nadnerczy, jak z drugiej strony wzmożenie się czynności istoty korowej i rdzennej u zwierząt, którym usunięto trzustkę. Gruczoły przytarczyczne nie zmieniają się po usunięciu nadnerczy; z niektórych tylko doświadczeń wynika, że wydzielina gruczołów przytarczycznych obniża ciśnienie, gdy się ono zwiększa pod wpływem adrenaliny Blizki związek między nadnerczami a gruczołami płciowymi tłomaczy się tem, że gruczoły te powstają tuż obok siebie z takiego samego nabłonka; spotykamy też często wady rozwojowe równocześnie tak w jednych, jak i w drugich, dodatkowe nadnercza występują często w sąsiedztwie zewnętrznych części płciowych, u ciężarnych świnek morskich usunięcie jednego z nadnerczy wywołuje stale poronienie, ą nadto liczne inne doświadczenia przemawiają za tem, że do prawidłowego przebiegu ciąży i porodu konieczna jest obecność czynnych nadnerczy. Ten blizki stosunek, wynikający jeszcze z całego szeregu innych danych, odnosi się przedewszystkiem do warstwy korowej; podobnie bowiem, jak w jajnikach i nasieniu, tak samo i w wydzielinie warstwy korowej jednym z głównych składników jest lecytyna. Grasica ulega stale przerostowi u młodych zwierząt pozbawionych nadnerczy i czasem w chorobie Addisona; według Harta, wydzielina grasicy, obniżająca ciśnienie tętnicze, działa w warunkach prawidłowych jako przeciwnik adrenaliny.

Adrenalina przedstawia się jako biały proszek, rozpuszczalny w wodzie ze słabo zasadowym odczynem; z kwasami tworzy sole i posiada znaczną zdolność odtleniającą, która służy do licznych prób dla wykazania adrenaliny. Oznaczenia ilościowe wykazały, że w warunkach prawidłowych znajduje się w nadnerczach zwłok koło 15 r. życia mniej więcej 0·0005 gr adrenaliny; z wiekiem ilość jej wzrasta powoli i dochodzi około 90 r. życia do 0·002 gr. W przebiegu przewlekłego śródmiąższowego i mieszanego zapalenia nerek wyciąg z nadnerczy zawiera znaczną ilość, bo około 0·002 gr, a niekiedy nawet 6 mgr adrenaliny; natomiast przy ostrem i śródmiąższowem zapaleniu nerek nie spotykamy zazwyczaj zwiększenia się ilości adrenaliny. Również i przy miażdżycy tętnic, nawet z przerostem serca, ilość adrenaliny niezawsze wzrasta. Cevidalli i Leontini starali się zastosować dla użytku medycyny sądowej fakt, że w przypadkach śmierci gwałtownej wyciąg z nadnerczy daje silny odczyn adrenaliny, w przeciwieństwie do przypadków śmierci powolnej; sposób ten jednak nie jest jeszcze bezwzględnie pewny. Z własności fizyologicznych adrenaliny znamy: 1) wywoływanie silnego niedokrwienia spojówki oka, błony śluzowej macicy, dziąseł i w zakresie lekkich ran chirurgicznych; 2) wstrzykiwana przez dłuższy czas wywołuje adrenalina w naczyniach zmiany o cechach miażdżycowych; 3) adrenalina może wywoływać cukromocz, zwłaszcza u królików. Jej działanie podnoszące parcie tętnicze zależy nietylko od zwężenia tętnic obwodowych, lecz także od bezpośredniego wpływu na mięsień serca. Wpływ adrenaliny jest najwybitniejszy przy stosowaniu śródżylnem, mniej wybitny przy podskórnem, a najmniej przy użyciu wewnętrznem Carnot i Josserand wykazali, że adrenalina, wstrzyknięta do tętnicy np. kończyn, działa znacznie słabiej, aniżeli taka sama dawka, wprowadzona do odpowiedniej żyły; przyczyną tego są zmiany, jakim adrenalina ulega w obrębie mięśni prążkowanych; prawdopodobnie wytwory zmęczenia, powstające w mięśniach, niszczą, lub zmieniają adrenalinę.

Adrenalinemia, adrenalinurya i adrenalina w przebiegu ciąży: Stwierdzenie przez Cybulskiego adrenaliny w żyłach nadnerczowych, przez Rosenbacha

zaś rozchodzenia się jej po ustroju przedewszystkiem drogami limfatycznemi i krwionośnemi, a nadto wywołanie doświadczalnego adrenalinomoczu, pozwala nam z całą pewnością przyjąć obecność adrenaliny we krwi; zależnie od jej ilości mówimy o hyperadrenalinemii i hypoadrenalinemii. Nadmiar adrenaliny we krwi stwierdzono w przewlekłem śródmiąższowem i mieszanem zapaleniu nerek i przy miażdżycy tętnic, zauważyć jednak należy, że zwiększenie ciśnienia niezawsze idzie w parze ze stopniem hyperadrenalinemii. Z doświadczeń Belliboniego nad ilością adrenaliny w moczu przy rozmaitych stanach chorobowych wynika, że adrenalina ma za zadanie utrzymać w równowadze ciśnienie tętnicze, doświadczenia te wykazały bowiem, że ciśnienie tętnicze nie idzie w parze z wydalaniem się adrenaliny przez mocz. Badania o kierunku zachowania się nadnerczy podczas ciąży, odnoszą się dotychczas przeważnie do świnek morskich; stwierdzono u nich mianowicie wzmożenie czynności wszystkich warstw gruczołu. Ta wzmożona czynność nadnerczy podczas ciąży ma, według niektórych, tak wielkie znaczenie, że brak jej może stanowi podłoże dla rozwoju zmięknienia kości. W połogu mają nadnercza wracać do stanu prawidłowego. Badania Pancrazia nad obecnością adrenaliny w moczu ciężarnych (23), wykazały bardzo wybitny odczyn adrenalinowy, zwłaszcza od 6. miesiąca ciąży; odczyn ten jest jednak wyraźny już w 4, a niekiedy i 3. miesiącu; po porodzie natomiast słabnie, a niekiedy nawet znika na parę dni.

Choroba Addisona. Addison, który chorobę, nazwaną jego imieniem, pierwszy wyosobnił jako jednostkę kliniczną, przyjmował za główny jej objaw brunatne zabarwienie skóry, dzisiaj natomiast za najważniejszą jej cechę uważamy ogólne i postępujące osłabienie, będące wyrazem zmian czynnościowych nadnerczy, ściślej zaś mówiąc, ich warstwy rdzennej. Tego wyniszczenia nie brak nigdy przy chorobie A. i ono jest prawie jedyną przyczyną, wiodącą do zejścia śmiertelnego. Rzadkie to cierpienie pojawia się najczęściej między 15—40 r. ż., zwłaszcza u mężczyzn, i zdarza się przeważnie w warstwach ubogich. W dzieciństwie występuje choroba A. nadzwyczaj rzadko; dziedziczności nie wykazano. Za przyczynę podawano uraz w okolicę nerek, stany depresyjne; choroba A. może się rozwinąć także następowo wskutek gruźlicy, lub zmian nowotworowych gdziebądź usadowionych, a nadto wskutek wyniszczenia, zwłaszcza przy skrobiawicy. Właściwą patogenezę tego cierpienia starano się wytłómaczyć 2 teoryami: jedną, przyjmującą pierwotne zmiany w zakresie układu współczulnego, zwłaszcza splotu trzewnego (teoria simpatica), a następowe zmiany w nadnerczach;— drugą, przyjmującą pierwotne zmiany w układzie chromochłonnym warstwy rdzennej nadnerczy, a następowe w układzie współczulnym brzusznym (teoria ghiandolare). Jednak zmiany anatomiczne są tutaj tak różnorodne, że żadna z powyższych teoryi nie wystarcza do ich wytłómaczenia. Dlatego też dzisiaj najwięcej znaczenia ma nowa teorya, opierająca się do pewnego stopnia na obu poprzednich; wychodzi ona z założenia, że nadnercza, to skomplikowany narząd, składający się z trzech czynników: warstwy korowej, warstwy rdzennej i niektórych części (zwłaszcza brzusznych) układu współczulnego; uwzględnia ona następnie fakt, że komórki korowe wytwarzają lecytynę, mającą wybitny wpływ na przemianę materyi, zwłaszcza ośrodków nerwowych, komórki zaś warstwy rdzennej adrenalinę, która, między innemi, ma za zadanie pobudzać układ współczulny, lub przynajmniej niektóre z jego czynności. Ponieważ tedy układ nerwowy współczulny, zwłaszcza nerwy trzewne i splot trzewny, regulują czynność nadnerczy, rzecz prosta, że zmiany chorobowe w zakresie tych nerwów mogą stać się powodem choroby A., wywołując zaburzenia w czynności wydzielniczej nadnerczy. Zaburzenia te, zrazu czynnościowe, mogą, wywołując zmiany odżywcze, stać się anatomicznemi. W ten sposób możemy sobie zupełnie dobrze wytłómaczyć przypadki choroby A., gdzie zachodzą zmiany anatomiczne, tak w nadnerczach, jak i w układzie współczulnym, nadto przypadki bez zmian anatomicznych, lub też tylko ze zmianami w nadnerczach, lub tylko w układzie współczulnym. Przypadki, gdzie autopsya wykazuje zmiany anatomiczne czy to w nadnerczach, czy w układzie współczulnym, a za życia nie było objawów choroby A., tłómaczymy sobie zachowaniem jeszcze pewnej, dostatecznej ilości włókien nerwowych, dochodzących do nadnerczy, względnie zachowaniem się pewnych, jeszcze czynnych cząsteczek nadnerczy, lub też istnieniem nadnerczy dodatkowych. W przeważającej ilości przypadków choroby A. stwierdzamy gruźlicę nadnerczy; fakt zaś, że mimo tak wielkiego rozpowszechnienia gruźlicy, choroba A. jest stosunkowo tak rzadka, tłómaczymy obecnością pewnych czynników usposabiających, w pierwszym rzędzie wad rozwojowych całego ustroju i poszczególnych narządów, w tym przypadku nadnerczy. Oczywiście, że w patogenezie choroby A. odgrywają rolę i nadnercza dodatkowe, wskutek czego możemy spotkać się z chorobą A. bez zmian we właściwych nadnerczach i naodwrót ze zmianami we właściwych nadnerczach bez choroby A. Zmiany anatomiczne nadnerczy są tutaj tak rozmaite, że o jednostce chorobowej możemy mówić tylko pod względem objawowym; oprócz bowiem gruźlicy, która najczęściej występuje równocześnie z takiemiż zmianami płuc, i to przeważnie u podstawy, spotykano nadnerczaki, raka, mięsaka, krwotoki w obrębie nadnerczy, zanik gruczołów, a nadto zmiany w sąsiedztwie zwojów układu współczulnego n. p. uciskowe, następnie zaciągnięcia bliznowate i przewlekłe zmiany zapalne. Najczęściej zajęte są oba nadnercza. Zwiększenie ilości barwika dotyczy przedewszystkiem skóry i pewnych odcinków błony śluzowej. Badania histologiczne skóry osobników dotkniętych chorobą A. wykazały zwiększenie ilości komórek barwikowych skórnych, jakie się w zwykłych warunkach spotyka w skórze worka mosznowego, lub obwódek brodawek mlecznych; wskutek tego zmian barwikowych przy tem cierpieniu nie należy uważać za jakieś zboczenie, lecz tylko za silniejsze uwydatnienie, niż w stanie prawidłowym. Ponieważ zaś wiemy, że barwik skórny odgrywa ważną rolę, choć jeszcze bliżej nieznaną, wypadałoby uważać ten nadmiar barwika raczej za odczyn obronny ustroju, niż za zmianę chorobową w ścisłem tego słowa znaczeniu. W każdym razie nie jest jeszcze ściśle określony związek między zmianami w nadnerczach, a melanodermią; nie brak było w tym względzie i bardzo odważnego twierdzenia Pansiniego, który w silniejszem zabarwieniu skóry przy chorobie A. upatrywał wyraz wzmożonego wydzielania wewnętrznego nabłonków warstwy Malpighiego, jako równoważnika dla upośledzonej czynności nadnerczy.—Przyczyną owego postępującego osłabienia o którem już wspomniano, jest brak, względnie upośledzone wydzielanie przez warstwę rdzenną tego czynnika, który wytwarza napięcie naczyniowe i pośrednio mięśniowe. W braku tego napięcia mięśnie nie mogą ani czerpać pożywienia z otoczenia, ani też wydalać wytworów przemiany materyi, z czego wynika ich zatrucie, objawiające się jako osłabienie. Wyrazem tego osłabienia jest także słabo wyczuwalne uderzenie koniuszkowe serca, słabe tony, lecz bez szmerów, czasem przyspieszenie czynności serca wraz z kołataniem, zawrotem głowy i dzwonieniem w uszach. Tętno jest bardzo miękkie, drobne, zwykle szybkie, ciśnienie tętnicze wynosi 60—80 mm Hg.; ciekawe jest, że mimo tak wybitnych objawów niedomogi sercowo-naczyniowej, brak obrzęków zastoinowych. W ścisłym związku z osłabieniem przy chorobie A. jest zachowanie się przemiany węglowodanów, przedewszystkiem cukru. Spotykamy tutaj mianowicie zmniejszenie się ilości cukru we krwi, z powodu odpadnięcia czynności nadnerczy, regulującej ilość cukru we krwi. Dla lepszej oceny i zrozumienia tego stosunku węglowodanów są konieczne bliższe wiadomości o cukromoczu adrenalinowym (glicosuria adrenalinica, surrenale). Cukromocz ten występuje stale przy zastosowaniu adrenaliny śródżylnem, podskórnem i śródotrzewnem,

brak go zaś, lub jest niestały przy wewnętrznem użyciu adrenaliny; równocześnie występuje zawsze nadmiar cukru we krwi, krzywe jednak ilości cukru w moczu i we krwi nie są równoległe. Co się tyczy mechanizmu cukromoczu adrenalinowego, to polega on prawdopodobnie na tem, że adrenalina wywołuje żywszą przemianę glikogenu na cukier gronowy, sporną zaś jest rzeczą, czy chodzi tutaj o bezpośrednie działanie na komórkę wątrobną, czy też pośrednie przez hamujący wpływ na trzustkę. Nowe światło na tę sprawę rzuciły badania Zuelzera, odnoszące się do działania przeciwniczego adrenaliny i wytworu wydzielania wewnętrznego trzustki. Adrenalina bowiem uruchomia niejako cukier z jego miejsc zapasowych, jak wątroba, mięśnie i wszystkie tkanki, gdzie cukier znajduje się jako glikogen; wewnętrzna zaś wydzielina trzustki przeciwdziała właśnie przemianie glikogenu w cukier. Jeśli tedy po usunięciu trzustki powstaje cukromocz, to przyczyna leży w tem, że adrenalina nie spotyka już przeciwnego działania trzustki; w ten sposób cukrzyca trzustkowa byłaby cukrzycą trzustkową ujemną (diabete pancreatico negativo), a dodatnią cukrzycą nadnerczową (diabete surrenalico positivo). Doświadczenia A. Mayera wykazały, że nakłucie czwartej komory u zwierząt, którym usunięto nadnercza, nie wywołuje cukromoczu; wynikałoby z tego, że nakłucie czwartej komory znosi wydzielanie wewnętrzne trzustki, przez co adrenalina może uruchomiać cukier, lub też, że wywołuje nadmierne wydzielanie przez nadnercza, tak, że ich wydzielina miałaby przewagę nad wydzieliną wewnętrzną trzustki. Według Zuelzera cukromocz adrenalinowy nie jest objawem zatrucia, lecz daje się wytłómaczyć jedną z fizyologicznych czynności adrenaliny; ma ona bowiem, według niego, w prawidłowych warunkach wywoływać przemianę glikogenu w cukier gronowy.

Objawy niedomogi nadnerczowej lub niecałkowite postacie choroby Addisona (Le sindromi iposurrenaliche o surrenopatie spurie). Podobnie, jak przy wszelkich obrazach klinicznych, taksamo i w przebiegu cierpień, wynikających z niedomogi wydzielniczej nadnerczy, rozróżniamy oprócz form całkowitych (choroba A.), także i obrazy niecałkowite; albowiem od klasycznej postaci, która wynika z całkowitego zniszczenia istoty rdzennej nadnerczy, aż do pierwszych czynnościowych zboczeń jest cała skala przejść. Ze względu zaś na ścisły związek nadnerczy z układem współczulnym, te niecałkowite postacie rozpadają się na 2 grupy, z których pierwsza obejmuje objawy przyrody odruchowej, będące wyrazem zaburzeń czynnościowych w nadnerczach, w drugiej zaś spotykamy objawy, wynikające ze zmian anatomicznych. Otóż wszelkie zmiany nadnerczy, bez względu na sposób powstania, wywołujące nie klasyczny obraz choroby Addisona, dają powód do powstania wrzekomych postaci choroby A., które jednak mają skłonność do przekształcania się w postać klasyczną. Jak w postaci klasycznej, tak i tutaj objawy występują powoli; naprzód zjawia się spadek ciśnienia, potem osłabienie (asthenia), a nakoniec zmiany w skórze. Niedomoga wydzielnicza układu nadnerczowo-współczulnego może stwarzać nietylko sam fakt chorobowy, ale może być także podłożem dla usposobienia konstytucyonalnego w tym kierunku, który to stan oznaczamy nazwą »hyposurrenalizmu« (ipossurenalismo). Ten »hyposurrenalizm« może się przejawiać w najrozmaitszych postaciach i kombinacyach: infantylizm, typ jądrowo-tarczycowy (tipo testicolo-tiroides) i hyposurrenalizm; hyposurrenalizm z chorobą Raynauda i hypertyroidyzmem; spadek ciśnienia tętniczego i wagotonia z myastenią typu Erb-Goldflam; hyposurrenalizm ze sinicą części końcowych (acrocianosi) i całkowitym zbiorem objawów wagotonii; hyposurrenalizm i choroba Recklinghausena i i. Objawy hyposurrenalizmu mogą przybrać niekiedy charakter gwałtowny, i to nietylko jako zaostrzenie w przebiegu przewlekłego hyposurrenalizmu, ale nawet przy poprzednio zupełnie prawidłowych nadnerczach, n. p. wskutek krwotoku w ich obrębie; mamy wtedy ostrą niedomogę nadnerczową. Ostry hyposurrenalizm może przebiegać niekiedy pod postacią wrzekomego zapalenia otrzewnej, stanu durowatego lub zaburzeń żołądkowych w połączeniu z gorączką; opisano na tem tle przypadki nagłej śmierci, poprzedzonej czasem drgawkami padaczkowatemi. W przypadkach krwotoków w obrębie nadnerczy objawy przybierają charakter piorunujący i mogą być podobne do tych, jakie spotykamy przy ostrem krwotocznem zapaleniu trzustki. W tych gwałtownych przypadkach hyposurrenalizmu mówi Włoch o »dramma surrenale«, dla analogii z »dramma pancreatico« wyrażenia, wprowadzonego przez Dieulafoya.

Przewlekły hyposurrenalizm konstytucyonalny (iposurrenalismo cronico costituzionale). Oprócz wspomnianych wyżej ostrych postaci niedomogi nadnerczowej, spotykamy upośledzenie wydzielnicze nadnerczy, jako stan konstytucyonalny w całem tego słowa znaczeniu. Już Ferranini zebrał cały szereg objawów, cechujących się obniżeniem ciśnienia tętniczego, a zwiększeniem ciśnienia żylnego, którego przyczyną jest niedostateczne napięcie tętnic średniej i małej wielkości. To niedostateczne napięcie polega nie na jakimś przejściowym spadku ciśnienia, a mogącym mieć najrozmaitsze przyczyny, lecz jest wynikiem całego szeregu zboczeń, znajdujących się równocześnie we wszystkich narządach. Z punktu widzenia antropometryi klinicznej te typy konstytucyonalne hypotonii naczyniowej (tipi costituzionali dell'angioipotonia) zaliczają się według doktryny morfologicznej De Giovanniego do pierwszej kombinacyi (przewaga wymiarów podłużnych nad poprzecznymi, barwa skóry żółtawo-brązowa, skrzywienia kręgosłupa z powodu niedostatecznego napięcia odpowiednich mięśni i więzadeł, zazwyczaj wychudzenie, zaparcie stolca; w zakresie narządu krążenia spotykamy znacznie ruchome serce, przy większych wysiłkach ulega ono rozszerzeniu bez jakiejkolwiek wady organicznej; częste jest nawykowe przyspieszenie ruchów serca, tętno zmienne co do siły i częstości i to nietylko przy zmianie położenia, ale w spoczynku, wyraźne objawy hypotonii tętniczej). Ferranini uważa za czynnik przyczynowy tych stanów konstytucyonalną niedomogę tkanki chromochłonnej układu współczulnego, zwłaszcza zaś zawartej w nadnerczach; niedomoga ta ma polegać na zatruciu danego osobnika, względnie jego przodków. Zapatrywania swe opiera F. między innemi i na fakcie, że stany angiohypotoniczne doznają poprawy pod wpływem opoterapii nadnerczowej. Z niedomogą wydzielniczą nadnerczy (hyposurrenalizmem) jako stanem konstytucyonalnym spotykamy się jeszcze i gdzieindziej; tak n. p., ponieważ dzisiaj coraz częściej zaczynamy odnosić zboczenia konstytucyonalne do zmian pierwotnych w zakresie układu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, przyjmujemy hyposurrenalizm za podłoże dla skazy wysiękowej, na podstawie całego szeregu danych.

W związku z hyposurrenalizmem pozostają jeszcze dwie jednostki chorobowe, mianowicie choroba Dercuma i choroba Recklinghausena. Pierwsza cechuje się przedewszystkiem wybitnem osłabieniem (asthenia), a nadto bólami i przerostem tkanki tłuszczowej, równocześnie spotykamy tutaj obniżenie ciśnienia tętniczego; znane są przypadki, gdzie opoterapia nadnerczowa dała dobre wyniki. Chorobę Recklinghausena (neurofibromatosis diffusa) podciągnął już w r. 1910 Revilliod pod patologię nadnerczy; u chorych tych spotykamy wytwarzanie się włókniaków w skórze i wzdłuż przebiegu nerwów, a nadto szereg plam barwikowych na skórze, rozmaitej wielkości i kształtu. Nierzadko występują także wady rozwojowe i zwyrodnienie umysłowe; bardzo ważną rolę w symptomatologii tego cierpienia odgrywają zaburzenia ze strony układu współczulnego i znaczne osłabienie, dochodzące czasem stopni tak wysokich, jak przy chorobie Addisona. Revilliod przypuszcza, że powstawanie włókniaków dotyczy tutaj także i gałązek nerwu współczulnego, zaopatrujących nadnercza, wskutek czego powstaje obraz chorobowy, tak bardzo zbliżony do choroby Addisona. Na uwagę zasługuje fakt, że opoterapia,

która nie daje żadnych wyników w klasycznej postaci choroby A., jest nadzwyczaj skuteczna przy wszystkich niecałkowitych i wrzekomych postaciach hyposurrenalizmu.

Niedomoga nadnerczowa w stosunku do gruźlicy, niedomogi nerwowej i dychawicy oskrzelowej. Jako zmianę anatomiczną w nadnerczach, towarzyszącą gruźlicy, zwłaszcza zaś gruźlicy płuc, spotykamy najczęściej wzmożony rozwój tkanki łącznej w obu warstwach. Co się tyczy t. zw. »addisonizmu« (Boinet) t. zn. zbioru objawów, spotykanych u gruźliczych, a polegających na osłabieniu, spadku ciśnienia i zmianach barwikowych skóry z wyłączeniem błon śluzowych, to za przyczynę należy przyjąć oprócz zaniku miąższu z powodu rozwoju tkanki łącznej (sclerosi atrofica) także zmiany w splocie trzewnym; sam zaś spadek ciśnienia może wystąpić niezależnie od zmian w nadnerczach, jako wynik z jednej strony niedomogi hormonów podnoszących ciśnienie (tkanka chromochłonna, przysadka), a wzmożonej czynności hormonów obniżających ciśnienie (ciałka żółte, hormony limfatyczne — ormoni linfatici), z drugiej zaś strony jako wynik działania samego jadu gruźliczego. W każdym razie należy przyjąć, że jakkolwiek gruźlicy i niedomogi nadnerczowej (hyposurrenalizmu) nie możemy uważać za dwie sprawy bezwzględnie równoległe, to jednak w większości przypadków możemy w przebiegu gruźlicy wykazać objawy hyposurrenalizmu. Ze względu, że przy niedomodze nerwowej na pierwszy plan występuje osłabienie, chcieli niektórzy autorzy przyjąć za jej przyczynę hyposurrenalizm. Jednakże przeczy temu fakt, że ostatecznie neurastenia jest pochodzenia ośrodkowego z powodu mylnego oceniania wrażeń zewnętrznych; zaprzeczyć się jednak nie da, że z hyposurrenalizmem spotykać się możemy w przypadkach ciężkiej, niejako wrodzonej niedomogi nerwowej (debolezza originaria del sistema nervoso). O hyposurrenalizmie, jako czynniku przyczynowym, myślano w tych przypadkach dychawicy oskrzelowej, gdzie napady zostają wywoływane przez ostry obrzęk błony śluzowej oskrzeli, z następowym obfitym przesiękiem surowiczym do ich światła Obrzęk ten ma być wyrazem zmian porażnych naczyń błony śluzowej oskrzeli, zaopatrywanych przez nerw współczulny. Z tych względów można myśleć, że przyczyną dychawicy oskrzelowej są zaburzenia w układzie nadnerczowym i dlatego też byłaby tu wskazana opoterapia.

Stany hypersurrenaliczne i ich stosunek do artrytyzmu i miażdżycy tętnic. Stan przeciwny hyposurrenalizmowi, a więc cechujący się zwiększoną ilością adrenaliny w nadnerczach i obiegu, oznaczamy nazwą »hypersurrenalizmu«; rozmaitego rodzaju doświadczenia stwierdzają w różnych okolicznościach istnienie takiego stanu. Tak n. p. Battelli i Roatta wykazali u psów, będących w spoczynku po wielkim wysiłku fizycznym, zwiększoną ilość adrenaliny w nadnerczach; Schur i Wiesel znaleźli w przebiegu zmian nerkowych objawy przerostowe w warstwie rdzennej nadnerczy i w ciałkach chromochłonnych pozanadnerczowych (corpi cromaffini extracapsulari). Nadto wszelkie wprowadzenie do ustroju adrenaliny wywołuje, jakkolwiek przejściowo, hyperadrenalinemię; stosowanie adrenaliny przez dłuższy czas czy to podskórnie, czy śródotrzewnie, czy śródżylnie, nie wywołuje dłużej utrzymującego się hyperadrenalizmu, natomiast, zależnie od dawek, wywołano tą drogą u zwierząt uszkodzenia ścian naczyniowych, cukromocz i postępujące wychudnięcie.

Podkładem biologicznym artrytyzmu ma być według Castellina trzecia kombinacya morfologiczna De Giovanniego (terza combinazione del De Giovanni), lub typ megalo-splanchniczny Violi (tipo megalo-splancnico del Viola). Ponieważ zaś kombinacye morfologiczne są w znacznej części zależne od rozwoju gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, dlatego też patogenezy artrytyzmu należy szukać w zboczeniach układu współczulnego i układu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (sistema endocrino-simpatico). Dzisiaj siłą faktu musimy rozróżniać oba układy (konstytucye) przeciwne, i to bez względu na punkt widzenia; rozróżniamy mianowicie dwie odrębne grupy rodu ludzkiego: konstytucyę gruźliczą (costituzione tubercolare, micro-splancnici, prima combinazione morfologica) i konstytucyę artrytyczną (costituzione artritica, megalo-splancnici, terza combinazione morfologica). Artrytyk, u którego na pierwszy plan wybija się układ współczulny, jest typem hypersurrenalicznym. Spotykamy tutaj przeciwieństwo tego, co przy gruźlicy: mamy więc hypertonię, przy gruźlicy zaś hypotonię, u artrytyków występują na pierwszy plan sympatykotonie, u gruźliczych wagotonie; nadto, gdy typy gruźlicze ulegają łatwiej zakażeniom, to typy artrytyczne są skłonne do zatruć. I znowu te dwie skłonności odbijają się niejako w obrazie anatomicznym nadnerczy; w przeważnej bowiem liczbie spraw zakaźnych stwierdzono w nadnerczach zmiany anatomiczne, jak ogniska wybroczynowe, zwyrodnienia, nacieki zapalne i t. p., a więc zmiany, które wywołują hyposurrenalizm; z drugiej strony natomiast są znane doświadczenia, gdzie pod wpływem różnych trucizn (arszenik, fosfor, rtęć, nikotyna, alkohol, ołów) wywołano w nadnerczach obraz anatomiczny, wskazujący na podniesienie czynności elementów komórkowych, co znowu sprowadza hypersurrenalizm. Jeżeli teraz zważymy, że przy artrytyzmie spotykamy cały szereg źródeł zatrucia (n. p. alkohol, nikotyna), nic dziwnego, że występują tutaj objawy hypersurrenalizmu. Mamy jeszcze i inną różnicę między konstytucyą gruźliczą i artrytyczną, wynikającą z odmiennego zachowania się układu wątrobowo-trzustkowego (sistema epatopancreatico). I tak u gruźliczych wątroba zatrzymuje się niejako w rozwoju i spotykamy tutaj wszelkie objawy anatomiczne i czynnościowe jej niedomogi w postaci barwy lekko-żółtaczkowej, cukromoczu pokarmowego i in. U artrytyków natomiast wątroba jest znacznie powiększona, trzustka zaś tak tu, jak i u gruźliczych, jest zwykle mała i nierzadko spotykamy objawy jej niedomogi czynnościowej w zakresie wydzielania wewnętrznego. — Ponieważ zwiększenie ciśnienia tętniczego, które jest jednym z głównych objawów miażdżycy, stale spotykamy przy artrytyzmie, nic więc dziwnego, że już oddawna uważano artrytyzm za stan usposabiający do miażdżycy; że zaś z drugiej strony ciśnienie tętnicze jest ściśle związane z czynnością nadnerczy, należy między artrytyzmem, hypersurrenalizmem i miażdżycą upatrywać dużo związków.

Dr Tadeusz Tempka.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XII naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego z dn. 14 (27) grudnia 1912 r.

Obecnych członków 57, gości 35. Przewodniczy wiceprezes Dr Szymon Dzierzgowski. Prof. J. Ziemacki wita przybyłego z Warszawy gościa, matematyka p. Samuela Diksteina i zaprasza go do stołu prezydialnego.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Prof. Akad. duch Ks. Dr St. Trzeciak: **Trąd w Palestynie za czasów Chrystusa i obecnie**, (z punktu widzenia archeologiczno-lekarskiego). Mówca na wstępie zaznaczył, że praca jego jest osnuta prócz danych piśmienniczych również i na dwuletnich osobistych badaniach nad trędowatymi w Palestynie i w leprosoryum w powiecie Jamburskim. Mowca przytoczył wiele spostrzeżeń charakteru praktycznego, dużo danych piśmienniczych, zastanawiał się szczegółowiej nad pasorzytem trądu. Co do zaraźliwości trądu zaznaczył, że istnieją, jak wiadomo, dwa obozy: jedni uważają trąd za zaraźliwy, (według niektórych tylko przy

pewnych warunkach), zaś inni twierdzą, że nie jest on zaraźliwy. Sam mówca jest zdania, że choroba ta jest zaraźliwa. W dalszym ciągu prelegent mówił o leprosoryach i o środkach leczniczych. Wykładowi towarzyszyły liczne pokazy: rysunki, fotografie, preparaty drobnowidowe i obrazy niknące.

Przewodniczący wobec spóźnionej pory odkłada dyskusyę do następnego posiedzenia, a prelegentowi w imieniu Zgromadzenia składa serdeczne podziękowanie za tak ciekawy odczyt.

Odczyty Drów M. Romanowicza i T. Zboromirskiego również odłożono do następnego posiedzenia Wydziału.

W części administracyjnej posiedzenia przewodniczący podaje do wiadomości, iż »Związek« otrzymał zaproszenie na XIII Zjazd rosyjskich przyrodników i lekarzy w Tyflisie 16—20 czerwca st. st. 1913 r. Przyjęto do wiadomości.

XXIII naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 19 (31) stycznia 1913

Obecnych członków 38, gości 12.

Wobec choroby przewodniczącego Wydziału lekarskiego Dra Sz. Dzierzgowskiego zaproszono jednogłośnie prof. Czeczotta na przewodniczącego.

Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż nieobecny tu prof. Merczyng prosił go o odczytanie otrzymanego z Krakowa listu, zawiadamiającego o śmierci głośnego fizyka polskiego prof. Augusta Wiktora Witkowskiego; po przeczytaniu listu mówca dodaje, iż prof. Merczyng obiecał na najbliższem posiedzeniu dać odpowiednią i szczegółową charakterystykę działalności zmarłego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć jego przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Dyskusya w sprawie odczytu prof. ks. Trzeciaka: **O trądzie.** a) Dr Zboromirski robi kilka uwag w sprawie natury pasorzyta trądu, jego hodowli (Kiedrowskij) i szczepionek, a również i zaraźliwości trądu wogóle, następnie omawia sprawę leprosoryów w Palestynie.

b) Doc. Dr. Sowiński porusza zasadniczą sprawę, czy wogóle należy sankcyonować związki małżeńskie wśród trędowatych? Mówca rozpatruje sprawę z dwu punktów widzenia. Po pierwsze, jeżeli trąd jest chorobą dziedziczną, to w takim razie przez połączenie się trędowatych tem więcej wzmaga się choroba drogą dziedziczności i szerzy się. Po drugie, jak to już zaznaczył prelegent i jak to jest powszechnie wiadome, pogorszenia w tej chorobie następują dość często szybkiem tempem, odpadają palce, nogi, ręce i t. d., co naturalnie wywołuje wstręt w drugim osobniku; zachodzi więc pytanie, czy z punktu kanonicznego sankcyonowanie takich małżeństw krótkotrwałych jest uzasadnione i nie przeczy dogmatom wiary. W dalszym ciągu drogą statystycznych zestawień, po części wziętych z odczytu prelegenta, mówca obala zdanie, ażeby trąd był tak bardzo zaraźliwy i przenosił się z człowieka na człowieka bez odpowiednich swoistych warunków. W rzeczy samej powiat Jamburski, to ognisko trądu, znajdujące się tuż pod samym Petersburgiem, jednak nie wywiera żadnego wpływu na szerzenie się trądu w stolicy, albowiem w Petersburgu naliczono 30 przypadków, zaś w Paryżu 200, pomimo iż tam takiego siedliska, jak pod Petersburgiem, niema. W Paryżu w szpitalu św. Ludwika widział mówca 5 chorych trędowatych (rozmaite formy), którzy leżeli w salach ogólnych. Takich przykładów możnaby przytoczyć wiele, wobec czego mówca przypuszcza, że wygórowane pojęcia co do zaraźliwości trądu nie mają podstawy i że widocznie są niezbędne jakieś sprzyjające warnnki, czy to miejscowość, czy coś innego, które ułatwiają przenoszenie się zarazka na zdrowych.

c) Doc. Noiszewski wskazuje na zasadę, jaką się kościół rządzi w sprawach tego rodzaju, a mianowicie »in dubiis libertas«.

d) Prelegent daje odpowiednie wyjaśnienia.

e) Prof. Zaleski nie zgadza się z propozycyą kol. Noiszewskiego; podnosi znaczenie zasadniczej sprawy, poruszonej przez doc. Sowińskiego i dodaje, że i sam prelegent w swej odpowiedzi pozostawił tę sprawę nierozstrzygniętą. W dalszym ciągu mówca wskazuje, że trąd jest jedną z chorób, która z biegiem czasu wyjałowiła się w niektórych miejscowościach zupełnie i nadal wyjaławia się, zaś co do zaraźliwości wypowiada zdanie, że może atawizm jest czynnikiem sprzyjającym zakażeniu. Prócz tego w dyskusyi przytoczono dużo ciekawych przykładów, tak np. profesor dorpacki Wahl, aby udowodnić, że trąd jest niezaraźliwy, przyjął do siebie na służbę trędowatego, jako lokaja; chory ten przesłużył u niego 11 lat, jednak nikogo nie zaraził. Prof. Połotjebnow był również tego zdania, że trąd nie jest zaraźliwy, albowiem stosował w swej klinice wspólne wanny, bez jakiegokolwiekbądź poprzedniego odkażania; poruszono zwiększoną namiętność płciową u trędowatych, wielkie uczucie zazdrości, wyrażające się w tem, że mąż kaleczy zdrową żonę i odwrotnie i wciera jej wydzielinę z ran, aby w ten sposób zarazić ją i zatrzymać przy sobie i t. d.

Przewodniczący prof. Czeczott w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za wyczerpujący i ciekawy odczyt.

II. Doc. Dr Noiszewski: **O badaniu ostrości wzroku.**

Jeżeli obecnie badaniem sprawności wzrokowej zajmują się prawie wyłącznie lekarze, to inaczej było dawniej. Badaniem sprawności wzrokowej o wiele więcej od lekarzy zajmowali się astronomowie, optycy i ludzie uprawiający rzemiosło wojenne.

Pierwszą próbą wzroku była gwiazda alkor, jedna z gwiazd Wielkiej Niedźwiedzicy, którą tylko osobnik z wzrokiem prawidłowym może widzieć gołem okiem.

Astronom Hooke [1]), starając się ściśle oznaczyć granicę ostrości wzroku [2]), znalazł, że dwie gwiazdy, pomiędzy któremi odległość jest mniejsza od 20 sekund, nie są już rozpoznawane jako dwie, ale jako jedna gwiazda. Od czasu też Hooka odległość jednominutową uważa się jako najmniejszą odległość pomiędzy dwoma punktami, którą okiem prawidłowem spostrzedz można.

Optycy i fabrykanci okularów także zajmowali się badaniem ostrości wzroku.

Okulary kupowano przeważnie do czytania, więc oczywiście sprzedający okulary musiał mieć druki różnej wielkości, na których kupujący próbowali dobroci szkieł i swego wzroku. Takim badaczem ostrości wzroku był Hiszpan Duça de Valde, Toknis, był i Becker, który radził sprowadzającym od niego okulary przysyłać mu miarę swego wzroku w ten sposób: druk trzyma się badanemu w odległości wyraźnego widzenia i oznacza się wielkość podawanego druku. W ten sam sposób postępował i Chevalier, radził on jednak używać do badania wzroku zawsze druku Encyklopedyi francuskiej.

Jednakże pierwszą ściślejszą tablicę optometryczną do badania wzroku ułożył lekarz Küchler. Tablica Küchlera zawierała 12 rzędów liter różnej wielkości, najmniejsze litery miały półtora-milimetrową wysokość, największe 21·5 mm. Küchler ułożył swoją tablicę dla »wymierzania ostrości wzroku zapomocą druków różnej wielkości i dla oznaczania polepszenia i pogorszenia wzroku w przebiegu chorób ocznych«. A jednak tablica Küchlera nie miała powodzenia i tablic do badania ostrości wzroku zaczęto używać dopiero od czasu wydania tablic Jaegera w r. 1854.

Tablice, ułożon eprzez Jaegera były dwojakiego rodzaju, na jednej z nich było 20 rzędów druku różnej wielkości i w różnych językach, na drugich były czarne pionowe kreski.

---

[1]) Hooke. Elem. poltz. physiol. opt. 2 antl. str. 256.

[2]) Obecnie w mianownictwie polskiem najczęściej używa się miana »bystrości wzroku«. Tymczasem bystrość wzroku oznacza raczej wielkość czasu pomiędzy dwoma następującemi po sobie ustaleniami wzroku na przedmiocie. Możeby też właściwsze byłyby miana »ostrota«, i »bystrota«, analogiczne do »ciepłoty«

Naukową podstawę otrzymały tablice optometryczne dopiero w r. 1862, gdy Donders wprowadził do układu tablic do badania ostrości wzroku zasadę, wypracowaną przez astronomów: jednominutowy kąt widzenia jako miara prawidłowej ostrości wzroku. Wysokość dla liter przyjął Donders 5-minutową. Wkrótce też według zasady Dondersa ułożone zostały tablice przez Ezra Dyer w Filadelfii w Ameryce, przez Giraud Teulon we Francyi i przez Suelbura w Holandyi. W ten sposób litery w tablicach, używanych do badania ostrości wzroku, mają wysokość i szerokość 5 minut, grubość zaś kresek, składających literę, jest jednominutowa i wszędzie jednakowa.

Wkrótce się jednak pokazało, że różne litery nie są z równą łatwością rozpoznawane, n. p. O łatwiejszem jest do rozpoznania od M lub Y; pochodzi to stąd, że trudniejsze lub łatwiejsze poznanie litery zależne jest nietylko od grubości kresek, z których ułożona jest litera, ale także od prawidłowego stosunku pomiędzy czarnemi i białemi miejscami liter; białe miejsca w literach muszą też być tej samej grubości, jak czarne. Dlatego to Green podzielił litery alfabetu na trzy gromady: na gromadę liter prostokątnych E H F T U L; na gromadę liter ostrokątnych, V W M N Y Z i na gromadę liter zbliżonych do kółka C G D i radził układać tablice z liter prostokątnych i zbliżonych w swych zarysach do litery O, zupełnie zaś nie używać liter o zarysach ostrokątnych.

W dążeniu do jednakowej poznawalności liter najdalej posunął się Landolt; przyjął on jako znak optometryczny jedną tylko literę O, albo lepiej kółko z przerwą w zarysie. Grubość zarysu kółka jest jednomilimetrowa i takiejże grubości jest przerwa w kółku. Przerwa w kółku musi być w górze, w dole, z prawej lub lewej strony i badany powinien wskazać, gdzie znajduje się w kółku przerwa.

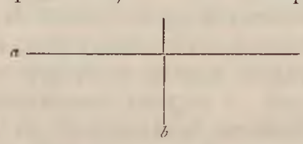
Wreszcie X międzynarodowy Zjazd okulistyczny w Lucernie wybrał komisyę dla wybrania jednej ogólnej tablicy do badania ostrości wzroku. Komisya ta poruczyła sprawę Hessowi, który wybrał kółka Landolta o wysokości 7·5 mm, i grubości zarysu 1·5 mm.; w kółkach tych badany z odległości 5 m. osobnik powinien był wskazać, gdzie się znajduje przerwa. Jednak ponieważ większość oftalmologów nie chciała się zadowolnić samemi kółkami, a wymagała jeszcze i liter lub cyfr, więc Hess do tablicy Landolta dodał jeszcze tablicę z cyframi. Przedłożenie komisyi zostało przyjęte i zatwierdzone na XI Zjeździe oftalmologów w Neapolu. W przedłożeniu tem poraz pierwszy wprowadzono miarę linijną w milimetrach zamiast mierzenia wielkością kątową i poraz pierwszy zaznaczono, że nie należy wymierzać ostrości wzroku samemi tylko literami, lub samemi tylko punktami. Nie nadano jednak różnicy między jednym a drugim rodzajem zasadniczego znaczenia

Wogóle wszystkie tak zwane próby ostrości wzroku podzielić należy na dwie kategorye: 1) do pierwszej należy poznawanie liter i wogóle znaków różnego pozoru, 2) do drugiej należy liczenie kresek, kólek, czworoboków i wogóle znaków jednakowego pozoru. Jedni lekarze wolą badanie znakami różnego pozoru, drudzy znakami jednakowego pozoru, nie wątpiono jednak o równej wartości obu sposobów. A jednak są przypadki, gdzie osoba posiadająca ostrość wzroku dla liter najzupełniej prawidłową, posiadała zaledwie $^1/_{60}$ część normalnego wzroku dla liczenia znaków jednakowego pozoru. Z 314 osób, zbadanych przezemnie, u 125 znalazłem ostrość wzroku dla liter większą od ostrości wzroku dla liczenia znaków jednakowego pozoru. u 175 osób ostrość wzroku dla liter była równa ostrości wzroku dla znaków jednakowego pozoru i tylko u 13 ostrość wzroku dla liczenia znaków jednakowego pozoru była większą od ostrości wzroku dla poznania znaków różnego pozoru.

Oprócz astronomów, optyków i lekarzy, badaniem ostrości wzroku zajmowali się wojskowi. Jeżeli astronomowie wymierzali ostrość wzroku najmniejszą widzialną odległością pomiędzy dwiema gwiazdami, optycy wielkością czytanego druku, to znawcy wojskowi dla wymierzania ostrości wzroku obmyślili specyalne sposoby i przyrządy. Przyrząd, używany w artyleryi do oznaczania ostrości wzroku, nazywa się przyrządem kontrolującym. Jestto słupek z otworem spojrzeniowym przesuwalnym w kierunku poziomym i pionowym przy pomocy dwu mikrometrycznych zakrętek. Słupek ustawia się na dziale i badany, patrząc przez otwór spojrzeniowy na spojrzeniowy znaczek na końcu działa, nastawia otwór spojrzeniowy i znaczek na cel. Nastawia się dwa razy w kierunku poziomym i dwa razy w kierunku pionowym, a różnice otrzymane między nastawieniem pierwszem a następnem wskażą ostrość widzenia u badanego. Inaczej odbywa się badanie ostrości wzroku w piechocie; zachodzi bowiem duża różnica pomiędzy nastawieniem na cel działa, a nastawieniem strzelby trzymanej w rękach.

Ze wszystkich widzianych przezemnie przyrządów najodpowiedniejszym wydaje mi się przyrząd z celem ruchomym w postaci krążka na nieruchomej białej tarczy, posuwanego przez dwie nici, przeciągnięte aż do celującego i znajdujące się jedna w prawej, a druga w jego lewej dłoni. Celujący patrzy przez otwór spojrzeniowy, pociągając to lewą, to prawą nić dopóty, aż ów krążek, a raczej środek jego znajdzie się na jednej linii z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem. Wtedy osoba, stojąca przy tarczy, naciska na krążek, a wystające nieco z tyłu ostrze gwoździa, przechodzącego przez sam środek krążka, pozostawia w tem miejscu na tarczy znak od ukłucia. Następnie osoba stojąca przy tarczy odciąga krążek, a celujący nastawia nanowo jego środek na jedną linię z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem. Nastawianie krążka powtarza się trzy razy, a punkty ukłuć połączone liniami dają trójkąt, którego wielkość jest miarą ostrości wzroku badanego osobnika.

W badaniu ostrości wzroku naprowadzaniem krążka na jedną linię otworu spojrzeniowego znaczka i ruchomego celu w postaci krążka wprowadziłem następujące zmiany: Tarczę, po której celujący posuwa krążek, pokrywa się papierem poliniowanym na kwadratowe milimetry, jakiego używają architekci do kreślenia planów. Gdy celujący nastawi środek krążka na jedną linię z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem, osoba stojąca przy tarczy naciska na krążek i to się powtarza dwa razy i dwa punkty otrzymane od dwóch ukłuć wskażą ściślej ostrość wzroku u celującego, niż trójkąt, utworzony przez trzy nakłucia. Dwie linie, przeprowadzone przez dwa punkty, jedna poziomo, a druga pionowo, aż do ich przecięcia, oznaczą



w milimetrach wielkość odchylenia linii spojrzeniowej. Sposobem tym można ściśle oznaczyć nietylko ile, ale i w którą stronę odchyla celujący linię spojrzeniową w górę, dół, stronowo i środnicowo, należy tylko zawsze oznaczać odchylenie od miejsca pierwszego ukłucia.

Dlaczego jednak osoba, mająca prawidłową sprawność poznawania znaków różnego pozoru, może jednocześnie mieć niższą od prawidłowej sprawności, albo nie mieć nawet wcale sprawności liczenia znaków jednakowego pozoru? Oczywiście dlatego, że są to czynności odmienne. (Streszczenie własne).

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt.

III. Dr E. Zboromirski: **Odczyn Bordet-Gengou przy wiewiórze i jego powikłaniach.** Mówca na wstępie opisał cały przebieg odczynu Bordet-Gengou i przytoczył metodykę. Na zasadzie 100 zbadanych przypadków dochodzi prelegent do wniosku, że odczyn Bordet-Gengou jest swoisty dla rozpoznawania przewlekłych i niejasnych przypadków wiewióra.

Dyskusya: a) Dr Zdanowicz podnosi znaczenie odczynu, szczególnie np. przy gośćcach gonokokowych. Do-

daje jednak, że dopiero zestawienie odczynu z badaniami klinicznemi pozwoli wypowiedzieć ostateczne zdanie co do znaczenia tego odczynu. b) Doc. Noiszewski robi kilka uwag co do szczepionek w razie przerzucenia się wiewióra na oczy. c) Doc. Sowiński: Jeżeli poddać przedstawione 100 badań ścisłej analizie, to zaledwie 19 przypadków może posłużyć do robienia jakichś wniosków. Wobec tak nieznacznej liczby spostrzeżeń należałoby na razie ostrożniej robić wnioski i poprzednio dokładnie skontrolować ten odczyn na takich przypadkach, któreby mogły być poparte i przez dodatnie wyniki badań drobnowidowych, bo n. p. w jednym przypadku odczyn ten u małego dziecka dał wynik dodatni, a objawów wiewióra żadnych nie było. d) Prelegent uznaje słuszność uwag.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za wygłoszony odczyt.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Z powodu »Pamiętników Dra Józefa Franka«.

W pamiętnikach Franka (których obszerne streszczenie i omówienie, pióra Prof. Dra Talko-Hryncewicza, ukończył »Przegląd« drukować w numerze poprzednim) występuje osobistość autora wcale znamiennie. Dla czytelników, obeznanych z epoką, środowiskiem i ludźmi, wśród których Frank żył i pracował, są też jego pamiętniki pożądanym przyczynkiem do krytycznego ocenienia tej niepospolitej i zajmującej indywidualności, oraz do oświetlenia stosunków, panujących wówczas na Litwie i w Uniwersytecie wileńskim. Natomiast czytelnicy, mniej mający sposobności zapoznać się z historyą naszej kultury, z dziejami wszechnicy wileńskiej, z mężami, którzy w niej działali, mogliby z pamiętników Franka wytworzyć sobie obraz nieco jednostronny i o osobie autora i o tych, z którymi on się stykał w czasie pobytu w Polsce, i o ówczesnych sprawach, gdyż przy wszystkich zaletach swego umysłu i serca nie był Frank wolny od powszechnej ludzkiej przywary, — sądzenia ludzi i rzeczy pod kątem własnego widzenia, zabarwiania swej opinii własnemi sympatyami lub antypatyami, a przedewszystkiem — niekrytycznego sądu o sobie samym.

To też nie od rzeczy będzie przytoczyć tu kilka ustępów z charakterystyki Franka i jego pamiętników, skreślonej piórem wytrawnego znawcy epoki wileńskiej, znanego zaszczytnie historyka, Dr Ludwika Janowskiego, docenta Uniwersytetu Jagiellońskiego, wnet po ukazaniu się pamiętników Franka z druku, w lipcu b. r. (odcinek »Czasu« Nr 335 i 336).

Zaznaczywszy, że Frank był jednym z najzasłużeńszych profesorów wileńskich i że opinie jego o nas i o naszym kraju są tem cenniejsze, iż pochodzą od światłego cudzoziemca, nie mającego uprzedzeń do Polski, a grzeszącego czasem tylko brakiem głębszego wnikania w psychikę narodową, tłómaczy Dr Janowski, że zrazu ujemne — w wielu przypadkach słuszne — sądy Franka o kraju i społeczeństwie pochodziły z przekonania o konieczności zmian.

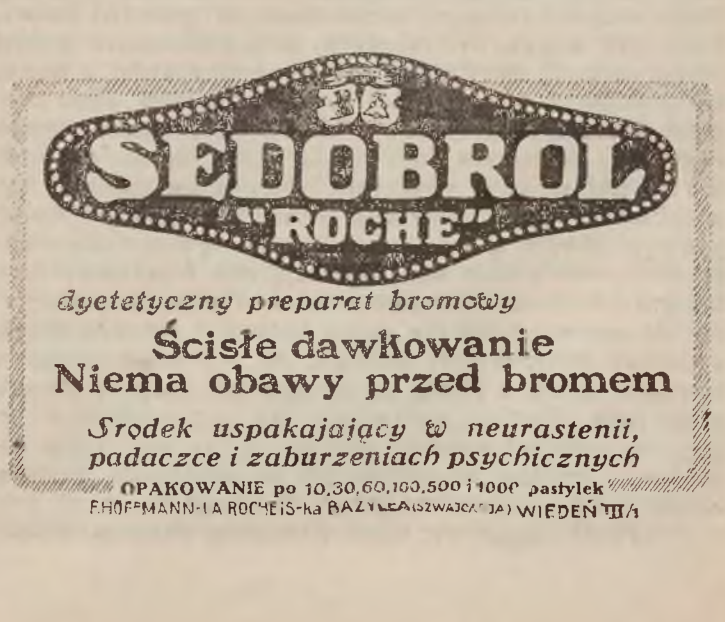
»Frank nie poprzestał — pisze Dr Janowski — na wytykaniu słabych stron, lecz swoją energię i zasoby wiedzy skierował do jednej mety: aby się stać pożytecznym i nietylko w murach uniwersytetu. Z czasem ocenił on duże zalety narodu: jego dążenia do oświaty, szlachetność, hojność, brak fanatyzmu i ciasnoty — i temu daje wyraz w swych ciekawych memorabiliach«.

»Ogólnie biorąc, są one i wielce interesujące i niezmiernie cenne, chociaż i Frank nie jest wolny od epidemicznej wady pamiętnikarzy: dowolnego, a często bezpodstawnego wybierania rzeczy do opisu. Opowiada o przeróżnej wagi sprawach: zacząwszy od zdarzeń światodziejowego znaczenia aż do anegdot; trzeba przyznać, że nie znajdziemy tu rzeczy całkowicie niepotrzebnych, bo nawet z drobiazgów, które podaje, można coś wyciągnąć dla obrazu czasów. Zarzut polega na tem, że o jednem autor pisze wyczerpująco, a o drugiem tylko wzmiankuje. O rozmowach na audyencyach ukoronowanych głów, ministrów i dygnitarzy mamy całe strony; owszem to ciekawe, ale przecie o innych sprawach, absolutnie biorąc, daleko ważniejszych, znajdziemy tylko dwa słowa. I to nie dlatego, iż Frank nie mógłby, czy nie potrafił rozpisać się szczegółowiej; dzieje się to z tego powodu, że był on wysoce próżnym. Raz jeno podaje wyborny opis burzliwego posiedzenia Rady uniwersyteckiej, kiedy obierano profesorem Szymonowicza, później nigdy do tego nie wraca, a wszak na tej Radzie były nieraz roztrząsane sprawy ogromnej wagi. I tu także, niestety, występuje próżność Franka, bo na sesyi o Szymonowiczu jego rola była decydującą. W innych razach i ta cecha nie objaśnia nam powściągliwości pamiętnikarza. Nie znalazł miejsca, aby choć wspomnieć o swych kolegach: Niemczewskim, Lelewelu, Borowskim i t. p.«.

»Pomimo niezachowywania proporcyi i nieopatrznego nadawania dominującego znaczenia rzeczom błyskotliwym, przynoszą te pamiętniki ważne wiadomości o Wilnie, jego życiu towarzyskiem, rozwoju instytucyi naukowych i dobroczynnych, szczegóły o prowincyi, Petersburgu, Wiedniu, a nadewszystko cenne relacye o uniwersytecie wileńskim«.

»Frank zżył się z Litwą i wiele dla niej zdziałał, atoli to wcale nie znaczy, aby pobyt jego w naszym kraju upływał bez starć z różnymi ludźmi i wzajemnych niechęci. To jest strona dość niebezpieczna jego pamiętników: należy bowiem przy ich czytaniu ciągle mieć na uwadze, że opinie tego skądinąd zacnego profesora o osobistościach podyktowane są życiem bieżącem; odzwierciedlają one nie istotną





wartość ludzi, ale przeważnie nastrój momentu; dają przytem wyraz nie beznamiętnej prawdzie, tylko głosowi jednostki, czy to urażonej, czy mającej porachunki osobiste, więc oceniającej ludzi i sprawy umyślnie lub nawpół bezwiednie pod pewnym kątem widzenia. Nietylko, przy dokładnej znajomości tamtych czasów, fałszywość części sądów Franka nie podlega zaprzeczeniu; wczytując się nadto w jego własne relacye, natrafiamy na sprzeczności. Jana Śniadeckiego nasz pamiętnikarz nie lubił i wspomina o nim ujemnie; tymczasem z samych opowiadań Franka wypływa, że ten rektor, — tak czerniony przez niego, — skoro chodziło o dobro oświaty, odrzucał precz osobiste względy: choć w stosunkach administracyjnych ścierał się ostro z Frankiem, cenił go jako siłę naukową i przeto wszystko robił, aby go w Wilnie zatrzymać. Sądy Franka o Jędrzeju Śniadeckim brzmią niejednolicie, często jednak odzywa się nuta niechęci; aliści i tu występuje wielka uczynność tego uczonego, co gdzieindziej sam pamiętnikarz podnosi, gdy mówi o ochoczem zastępowaniu go w klinice przez Śniadeckiego«.

»Jeżeli przejdziemy do osobistości mniej głośnych, jeszcze częściej spotykamy pochopność Franka do kategorycznych sądów, których nie mitygowała ani rozwaga, ani wszechstronniejsze zastanowienie się. O Prof. Józefie Mickiewiczu odzywa się np. prawie szyderczo, przedstawiając go jako »mamuta« w uniwersytecie. Zapewne Mickiewicz nie był pierwszorzędnym uczonym, ale swego czasu, w Wilnie, od 1775 r., Mickiewicz był wydatnym i pożytecznym nauczycielem fizyki i miał zawsze chętnych słuchaczy, wśród których zdołał wzbudzić gorliwość w studyach. Takich nieprzemyślanych charakterystyk mnogo u naszego autora, którego uderzała jakaś śmieszność, jakiś szczegół rażący i z tego niekiedy wysnuwał opinię. Nie znaczy to, aby we wszystkich ostrych zdaniach jego nie było racyi; owszem smutną prawdę pisze o nieuctwie profesorów Reszki i Bogusławskiego; pewna cząstka prawdy jest i w zarzutach Śniadeckim, Malewskiemu, Jundziłłowi i in.; ale ryczałtowe jego sądy nie mogą być miarodajne. Jedną należy oddać sprawiedliwość Frankowi: lubo Niemiec nie przystał do partyi cudzoziemskiej w uniwersytecie i dla jej menerów, Lobenweina i Bojanusa, nie szczędzi cięgów, wykazując nietylko ich wady, ale przestępstwa względem wszechnicy«.

»Nieporozumienia Franka, jeśli nie z całem społeczeństwem na Litwie, to ze znaczną jego większością, jaskrawo się uwydatniają w sprawach politycznych. Do końca ten znakomity profesor nie mógł się zoryentować w sytuacyi. Lojalnie usposobiony do wszelkiej władzy, nie znając ani Polski, ani Rosyi, przybył do uniwersytetu polskiego, ale na tak wyjątkowych warunkach finansowych że musiały one uzyskać specyalną aprobatę cesarską. Ta okoliczność odrazu nadała fałszywy kierunek jego myślom. Wbiwszy sobie do głowy, że ten zakład w Wilnie powstał tylko dzięki szczodrobliwości i łasce Aleksandra I, nie potrafił się tego pozbyć, choć było to dość łatwo, gdyby Frank zechciał poświęcić nieco czasu na dokładne rozważenie tych »łask«. Nic dziwnego, że w Aleksandrze widział jakąś wielkość, ale dziwniejsze, iż rzeczywistość, z której umiał sobie dobrze zdawać sprawę, zadawała kłam tym przekonaniom, a Frank mimo to nie modyfikował swych poglądów. W naturze jego leżało pięcie się do wysokich sfer: giętki dworak, wymowny, posuwa się niekiedy do schlebiania. Pyszną ilustracyą stosunku Franka do dworu jest opis pobytu w Petersburgu: unosi się tam nad wszystkiem, a może wbrew woli daje najgorsze świadectwo tym, którym tak nieumiarkowanie schlebia. Wychwala poświęcenie się carowej-matki dla swych instytucyi dobroczynnych, a podany mimochodem szczegół, że w jednym zakładzie uczennice marły z głodu, zdmuchuje ten kartowy domek zachwytów Franka; niezmiernie też jest ciekawem, że, gdy się odważył wskazać protektorce na taki objaw zagładzania, przyjęte to zostało jak najniechętniej. Słowem, wszystko było robione na pokaz, dla rozgłosu«.

»Frank ciągle nie może zrozumieć, dlaczego Polacy byli niezadowoleni z rządu. W sprawach tego rodzaju wypisuje często rzeczy dziwaczne. Trzymał się zdania, że trzeba koniecznie się starać o jak największy spokój w społeczeństwie, nie popychać go do żadnych hazardów i rozwijać kulturę i oświatę. Jako pogląd cudzoziemca, pracującego dla Litwy, zasługuje on na wysokie uznanie. Lecz nie o to chodzi. Frank nawoływał do zgodnego współżycia z elementem panującym, a nie chciał pojąć, że o zgodzie nie może być mowy, skoro druga strona wymaga poddania, a nawet wyrzeczenia się«.

»Co jest niesłychanie charakterystyczne, że Frank właściwie tylko teoretycznie tak myślał, bo gdy poruszył rzeczywistość, jego przekonania, jako człowieka sprawiedliwego i rozumnego, mało się czem różniły od przekonań jego kolegów Polaków, których niekiedy z przekąsem nazywa patryotami. Tymczasem oni tak samo byli dalecy od wszelkich dążności do radykalnych przełomów, obawiając się jeszcze gorszych następstw i lojalnie odnosząc się do rządu, starali się posuwać naród po drodze cywilizacyi. Ale czy mogli to robić? Otóż sam Frank daje niezliczone przykłady, jak bardzo to było trudno, a w końcu stało się niemożliwem«.

»Frank był człowiekiem bardzo cierpliwym i ostrożnym, ale nie tchórzem. Rozsypuje cenne spostrzeżenia o bezprawiach i nadużyciach, ustawicznem gwałceniu ustaw i nadanych przywilejów. Czy mogła być mowa o spokojnej pracy kulturalnej, gdy jenerał-gubernatorowie ówcześni, o poziomie umysłowym wachmistrzów, paraliżują ją na każdym kroku; przecie Frank uważa za coś nadzwyczajnego, że jeden z nich, Kutuzow, nie robił szykan uniwersytetowi. Dość przeczytać, na co sobie pozwalał taki Rimskij-Korsakow. Nikczemność jego wyczerpuje do reszty nawet mocną cierpliwość Franka. Idźmy dalej: o czynach ministra oświaty Razumowskiego, który w swej zaciekłości bezmiar zła narobił uniwersytetowi wileńskiemu; następnie czytamy o łapownictwie, ogólnej korupcyi, nieszanowaniu tajemnicy korespondencyi i tysiące innych. Dochodzi do tego, że Frank zaczyna się bać Nowego Roku, nauczony doświadczeniem, że przynosi on nowe »ukazy« o nowych ograniczeniach i ścieśnieniach«.

»Dlaczegóż więc Frank dziwi się powszechnemu niezadowoleniu Polaków, skoro sam był w wysokim stopniu niezadowolony? W niepojętem dla nas zaślepieniu szuka przyczyn niechęci do Rosyi to w charakterze narodowym, to w sympatyi dla Napoleona. Frank był to obserwator bystry i człowiek o dużym rozsądku, ale przy pisaniu pamiętników mąciła mu jasny pogląd nienawiść jego do Napoleona i to sprawiło, że jego opinie ogólne stoją w sprzeczności z narracyą faktyczną«.

»Duszy polskiej Frank nie poznał. Wyuczył się po polsku i mówił dość biegle, sam oświadcza, że Litwę mocno polubił, atoli lubił ją zewnętrznie: zżył się z Wilnem, znał doskonale jego ulice, domy, okolicę, widoki, bratał się z Polakami, kochał się w Litwinkach, bywał w świecie, tańczył na balach, zbadał zwyczaje i obyczaje — to niewątpliwie; ale duszy narodu nie zgłębił i nie rozumiał. Bo, lubo wielce inteligentny, daru przenikania głębin ducha nie posiadał. Tem się tłómaczą jego zdania o 1812 r., choć pod względem faktycznym jego relacye o tym pamiętnym roku mają dużą wartość. Z obserwacyi Franka zgoła się wyśliznęła doba nowych prądów w Wilnie: nietylko tego nie skonstatował, ale nawet nie wyczuł tego s t a w a n i a s i ę na jego oczach nowego świata duchowego. Wysoce to znamienne, że z jednakową płytkością odzywa się i o »promienistych« i o »szubrawcach«.

»Kiedy zawisły nad uniwersytetem czarne, groźne chmury, Frank z Wilna odjechał. Nie można się temu dziwić, bo dokładnie poznawszy warunki, trafnie wymiarkował, że niepodobna wróżyć tej szkole nic dobrego. Szkoda, że nie wiemy, jak się odniósł ten uczony do faktu zniesienia uniwersytetu, jak to sobie tłómaczył. Cokolwiekbądź bowiem Frank był do niego przywiązany, służył mu gorliwie

i wsławił go znacznie. W jego wspomnieniach sporo znajdziemy szczegółów o jego działalności profesorskiej: trochę tam jest chełpliwości, ale w danym razie ma ona swoją podstawę, ponieważ historya tego zakładu naukowego potwierdza wielką owocność jego pracy nauczycielskiej«.

»Garnęła się młódź do tego przewodnika, który kształcił świetnie, oraz wpajał humanitarne zasady. Wysoki stan medycyny w Wilnie w lwiej części zawdzięczać należy Frankowi, który miał zupełne prawo się szczycić, że wychował zastępy dobrych i światłych lekarzy, a był uczonym tak głośnym, że zwabiał do Wilna i cudzoziemców słuchaczy. W życiu grodu nadwilejskiego odegrał Frank rolę ogromną. Był promotorem lub założycielem wielu pożytecznych instytucyi, budził życie towarzyskie i rozwijał zamiłowanie do muzyki i teatru. Niekiedy (może nawet bezwiednie) Frank zbyt przypisuje sobie wyłącznie, czy to inicyatywę, czy wykonanie, czy też rolę w życiu Wilna, zamilczając o zasługach innych«.

»Trudno dać ścisłą charakterystykę tego niepospolitego człowieka; była w nim mieszanina różnych właściwości i cech: wyborny profesor i pierwszorzędny uczony, a skłonny do szukania względów w sferach nienaukowych; dumny w uniwersytecie, a dla dopięcia celów nie wolny gdzieindziej od czołobitności, działacz i organizator wytrwały i nieznużony, a często lekkomyślny i płochy; znawca sztuki i teatru, zapalony meloman, interesujący się wielu sprawami, a zarazem płytki i powierzchowny w stosunku do prawdziwej głębi duch; dobry, miłosierny i uczynny, lecz niepowściągliwy i gwałtowny. Główna jego wada, która kaziła szlachetny z gruntu charakter, to próżność; dla niej nie wszystko, lecz wieleby poświęcił. Ona spowodowała, że nawet w dziejach uniwersytetu parę razy grał mniej korzystną rolę«.

»Zasługuje na podniesienie uczucie Franka do swojego ojca, a już prawdziwie ślicznem jest przywiązanie jego do przybranego synka, Wiktora, zmarłego u Jezuitów w Płocku. Kto wie, gdyby on żył (a wychowano go jako Polaka), Frank możeby nie opuścił Litwy, a nadto rozwijałby się w nim idealizm, który wypływał z miłości do tego synka. W jednym epizodzie Frank wzniósł się bardzo wysoko: kiedy skutkiem donosu Korsakowa aresztowano rektora Twardowskiego, nasz pamiętnikarz nie chciał się znajdować w jednem towarzystwie z Korsakowem i głośno to objawił. Przypomnijmy sobie, że to się działo w czasie teroru w Wilnie, a tem to szlachetniejsze, że Frank osobiście nie lubił Twardowskiego, oburzała go tylko podłość postępku«.

»Jakkolwiek inne wspomnienia przyćmiewają nimb, którym otoczyli pamięć Franka wielbiący go uczniowie, staje przed nami postać zasłużonego działacza. Z cudzoziemców profesorów wileńskich był on nietylko najznakomitszym, ale i najgodniejszym: najuczciwiej bowiem pojął swe powołanie i, pomimo błędów i uchybień, najlepiej się wywiązał z ważnego zadania«.

»Wdzięczność mu się należy i za te wspomnienia, wskrzeszające piękną epokę z przeszłości Wilna. Zadalekoby nas zaprowadziło wyliczanie nowych rzeczy, które one przynoszą. Słabe strony tego pamiętnika bledną wobec wielkich jego zalet: pisany żywo, przenosi w ubiegłe czasy, które często autor umie przedstawić z plastyką«.

»Niepowetowana strata, że V tom omawianych pamiętników, gdzie prawdopodobnie były przedstawione czyny Pelikana i Nowosilcowa, dzięki serwilizmowi Adamowicza, prezesa Towarzystwa lekarskiego w Wilnie, którego własnością stały się te wspomnienia, wykradziono i potem niewątpliwie zniszczono gwoli dogodzenia Pelikanowi«.

»Musimy przyznać, — kończy Dr Janowski — że wspomnienia Franka dają materyał szacowny, interesujący i miły, stanowią przytem sowite źródło dla badaczy; przeto za ich wydanie należy być wdzięcznym »Bibliotece Pamiętników«, jak niemniej p. Zahorskiemu za mozolny trud przetłomaczenia i przygotowania do druku tego ważnego zabytku pamiętnikarstwa polskiego«. R.

Ś. p. Stanisław Kamieński.

W d. 12. października b. r. zmarł w Warszawie ordynator Domu wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus, ś. p. Stanisław Kamieński. W zmarłym traci pedyatrya polska jednego z lepszych przedstawicieli, autora znanej monografii »Właściwości fizyologiczne ustroju dziecięcego w zastosowaniu do patologii i terapii«, »Zasad żywienia chorych dzieci« i in. Kamieński był od 1900—1907 i następnie od r. 1911—1913 redaktorem »Pamiętnika Towarzystwa lek. warszawskiego« i »Przeglądu piśmiennictwa polskiego« i długoletnim członkiem redakcyi »Gazety lekarskiej«. W sferach koleżeńskich cieszył się zmarły wielką popularnością i uznaniem dla zalet serca i umysłu. Liczył lat 53. Urodził się w r. 1860 w Wałowicach, Ziemi lubelskiej. Gimnazyum ukończył w Lublinie, nauki lekarskie w uniwersytecie warszawskim w r. 1884. Po kilku latach praktyki na prowincyi i po odbyciu studyów specyalnych głównie w Berlinie, osiadł jako pedyatra w Warszawie w r. 1890 i tu w Domu wychowawczym z początku w charakterze asystenta, następnie ordynatora, pracował z pożytkiem dla instytucyi, młodszych kolegów i pedyatryi polskiej. J. Br.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 29 X. b. r. posiedzenie, na którem Dr Zi Wachtel i prym. Borzęck przedstawiali chorych, a prof. Browicz miał wykład na temat

DIGALEN Digitoxin. solub. Cloetta.



Niedrażniące, ściśle dawkowane
Cardiotonicum
stałym działaniu naparstnicy.
Stimulans i Diureticum do użytku wewnętrznego, jak również do wśródmięśniowych i wśródżylnych wstrzykiwań.
DAWKOWANIE: 1 ccm. Digalen'u = 0,15 gr Fol. Digitalis
F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka, BAZYLEA (Szwajcarja), WIEDEŃ III/1

»Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie?« W dyskusyi przemawiali prof. Kostanecki, Jaworski i Rosner, Dr Blassberg, Janiszewski i Nowaczyński.

— W sprawie szpitala św. Ludwika nastąpił zwrot, pomyślnie rokujący dla dalszego bytu tego szpitala, jako instytucyi samodzielnej. Mianowicie Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci przedłużyło układ z Wydziałem krajowym na kilka jeszcze lat, jak również traktuje z rządem o dalsze pomieszczenie w szpitalu uniwersyteckiej kliniki pedyatrycznej. Wskutek ustąpienia wielce zasłużonego dotychczasowego dyrektora szpitala, Dr Fr. Murdzieńskiego, ma kierunek całego szpitala być oddany profesorowi Dr Lewkowiczowi.

— Prof. Dr Wachholz wybrany został wiceprezesem niemieckiego Towarzystwa medycyny sądowej.

— Dnia 17. b. m. odbyło się we Lwowie przeniesienie na cmentarz łyczakowski zwłok zmarłego w Wiedniu ś. p. Dr Adolfa Lukasa, radcy cesarskiego, który uczynił znany zapis na wdowy i sieroty po lekarzach. Obrzędowi towarzyszyło liczne grono lekarzy lwowskich, a nad grobem przemawiał prof. Dr Machek imieniem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Wdowa po ś. p. Adolfie, pani Karolina Lukasowa, dodała z własnego majątku na powiększenie funduszu imienia swojego męża 6.000 K (nom.) w papierach publicznych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. X. do 25. X. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 1 † —), krztuśca 6 † — (— † —), ospy wietrznej 1, płonicy 19 † 2 (1 † —), odry 22 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (— † —), czerwonki 8 † — (— † —), gorączki połogowej — † —, róży 2 † —.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 20 X. do 27. X. 1913 przypadków: ospy 9 † 1, płonicy 21 † 8, duru osutkowego 1, róży 1, czerwonki 2.

Dr Trenkner.

Warszawa. Redaktorem »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« wybrany został na lata 1913—1917 Dr Tadeusz Borzęcki. Szanownemu naszemu współpracownikowi składamy życzenia jaknajlepszych wyników pracy na tem zaszczytnem stanowisku.

— Nagrodę im. Helbicha przyznał komitet konkursowy Towarzystwa lek. warszawskiego Dr S. Serkowskiemu z Warszawy za dzieło p. t. »Wakcynoterapia«.

Mianowani: Profesorem med. wewn. w Lozannie prof. Michaud z Kiel.

Zmarli: Dr Bohdan Piotrowski w Odessie; Dr Hipolit Obrycki, uczestnik powstania w r. 1863, w Paryżu w 73 r. ż.

Redakcya otrzymała: Popielski: 1) Die Theorie der Hormone u. innere Sekretion (Klin. ther. Woch. 1913). 2) Adrenalin u. Komprimierung der Nebenniere. (Zentrbl. f. Physiol. 1913).— Czubalski: Asphyxie und Adrenalin (Zentrbl. f. Physiol. 1913).— Krokiewicz: 1) Zur Kasuistik multipler, primärer maligner Geschwülste. (Wiener kl. Woch. 1913). 2) Resultats d'un traitement de la tuberculose (Revue de méd. 1913). — Saski: Wyniki badania bakteryologicznego krwi w 50 przypadkach duru brzusznego (Gazeta lek. 1913). — Koźniewski: Studya nad składem chemicznym bakteryi gruźliczych oraz innych t. zw. kwasoodpornych prątków (Pam. Tow. lek. warsz. 1913). — St. Kurtz: Po kongresie londyńskim. (Med. i Kron. lek. 1913).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1913.

Gazeta lek. Nr 39—43.: Szmurło: Przypadek »neuritidis retrobulbaris«, wywołanej ropnem zapaleniem zatok sitowych tylnych, oraz klinowej (39). — Łaski: Wyniki badania bakteryologicznego krwi w pięćdziesięciu przypadkach duru brzusznego (dok. 39). — Simchowicz: O chorobie Alzheimera i stosunku jej do otępienia starczego (dok. 40—41).—Urstein: Nowsze badania biologiczne i ich zastosowanie w patologii (40). — Wernic: Leczenie szczepionkami rzeżączki (41—42). — Hertz i Ehrlichówna: O wpływie małych dawek toluylendiaminy na krew wraz z przyczynkiem do nauki o powstawaniu hyperglobulii doświadczalnej (42). — Brudziński: Stanisław Kamieński, wspomnienie pośmiertne (43). — Calmette: Drogi zakażenia gruźliczego (43).

Medycyna i Kronika lek. Nr 39—43.: Otto: Zmiany anatomiczne w sercu w ostrem i przewlekłem zatruciu alkoholem (39—41). — Landau: O cukromoczu adrenalinowym u człowieka (dok. 39). — Zawadzki: Płonica w Warszawie (39). — Sołowiejczyk i Karbowski: Przypadek wewnątrzczaszkowego powikłania na skutek utajonej ropnej sprawy w zatoce czołowej; zapalenie szpiku kostnego kości sklepienia czaszki (dok. 40—41). — Biehler: Kilka słów o szczepieniu przeciwpłoniczem (41). — J. Zawadzki; Punkty bolesne brzucha i klatki piersiowej (43). — Bertrand i Fejgin: Badania bakteryologiczne nad kilkoma przypadkami zapalenia macicy i próby ich leczenia zarazkiem uczulonym (42—43).

Tygodnik lek. Nr 39—43.: Siengalewicz: Samobójstwo w oświetleniu zmian anatomo-patologicznych (dok. 39). — Hornowski: Badania anatomo-patologiczne nad stosunkiem grasicy do gruczołów przytarczycznych i nadnerczy oraz nad zachowaniem się jej przy status lymphaticus, thymicus i thymico-lymphaticus (39—43). — Rothfeld: O wpływie doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny ruchowe pochodzenia przedsionkowego ucha (40). — Falgowski: Wielka torbiel odosobniona przy gruźliczej, miażdżycowej nerce skrobiowatej, która powędrowała do miednicy (41—42). — Nelken: O potrzebie państwowego zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy w Galicyi (42—43). — Czyżewicz: Kilka dalszych uwag w sprawie niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych, z uwzględnieniem dzisiejszego stanowiska nauki w tym przedmiocie (43).

Nowiny lekarskie. Nr 10.: Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi. — Dziembowski: O rozpoznawaniu chorób stawowych.

Lekarz wileński Nr 9.: Wirszubski: Przyczynek do chirurgii chorób nerwowych. — Szabad: Przyczynek do statystyki płodności pewnego odłamu kobiet na Litwie. — Działalność wileńskiego oddziału Ligi przeciwgruźliczej. — Trochę cyfr z dziedziny sanitaryi wileńskiej.

Neurologia polska Z. 4. Flatau i Frenkel: O drżączce obu rąk, z odwodzeniem dłoni oraz jednostronnem, kurczowem przekrzywieniem kręgosłupa. — Radecki: Przyczynek do analizy zastosowania w medycynie doświadczeń skojarzeniowych. — Pański: W kwestyi objawów porażeniom połowiczym towarzyszących, lecz do ich obrazu klinicznego nie włączonych — Sterling: Studya kliniczne nad t. zw. »eunuchoidyzmem« oraz pokrewnymi typami.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zesz. III.: Koźniewski: Studya nad składem chemicznym bakteryi gruźliczych oraz innych t. zw. kwasoodpornych prątków.—Simchowicz: Badania nad anatomią patologiczną otępienia starczego (dok.).

Przegląd higieniczny Nr 10.: Kolski: Handel mlekiem we Lwowie.

Zdrowie Nr 10.: Kühn: Sprawa oświetlenia miast elektrycznością. — Fidler: Stan szpitalnictwa, oraz ruch chorych w szpitalach Ziemi radomskiej.

Kronika dentyst. Nr 10.: Cenžar: Zasady racyonalnego leczenia zgorzelinowych kanałów korzeniowych.

Słowo lek. Nr. 18—19.: Wynagrodzenie za doniesienia o chorobach zakaźnych (18). — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdania c. k. krajowej Rady zdrowia za lata 1908 i 1909. (c. d. 18—19). — Lekarskie krzesła w Sejmie (19). — Wyniki szkolnej ankiety lekarskiej w Wiedniu (19).

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 5. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Dr Rosnera: Röntgen i rad w terapii ginekologicznej.

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

KNOLL & Co.
LUDWIGSHAFEN a/Rh.

Paracodin

przy **kaszlu** i

schorzeniach nieżytowych narządów oddechania. 12

Paracodin, uwodniona kodeina, przewyższa kodeinę w wielu przypadkach przez szybsze wystąpienie i dłuższe trwanie jej działania. Paracodin działa nieco silniej uspokajająco.

Rp: Paracodin-Kołaczyki Knoll po 0,01 g Nr XX (K 1·25) Opak. oryg. Knoll

Dawkowanie: 3 razy dziennie 1 do 3 kołaczyków nierozżutych zażywać.

Każdy kołaczyk zawiera 0,01 paracodin bitartaric.

Diabetes mellitus

Do racyonalnego leczenia dyetą ze strony lekarskiej ocenione środki spożywcze i przetwory pod nadzorem lekarskim jak mąki, różne pieczywa, napoje etc. tylko z pierwszego austr. specyalnego zakładu

„Sanity“ 212

Praga, ul. Pańska Nr 7. — „**Karlsbad**: Haus Wiesbaden“ Sprudelstrasse 52.

Broszury „Jak mamy żyć“ obok przepisów gotowania dla dyabetyków bezpłatnie i opłatnie.

Dostawca wszystkich klinik i sanatoryów!

Żądajcie cenników!

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera, jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecany w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

SZCZAWNICA

SZCZAWY ALKALICZNO-SŁONE (7 ZDROI) NAJSILNIEJSZE W EUROPIE.

Wskazania: choroby dróg oddechowych, narządu trawienia, dróg moczowych, przemiany materyi, krwi i choroby nerwowe.

Sezon od 20 maja do 30 wrzesnia. 121

Zakład inhalacyjny odnowiony, zakłady wodolecznicze, łazienki mineralne, kąpiele słoneczne. Mieszkania tanie od 1·60 K począwszy i z komfortem urządzone. Wykwintna restauracya i liczne pensyonaty. W I i w III sezonie mieszkania 20—30% tańsze. Lekarz zakładowy Dr K. Włyński. 8 lekarzy praktykujących. Zwolnienia od taks tylko wyjątkowo; w II sezonie wykluczone. Mieszkania po każdym gościu przymusowo formaliną desynfekcyowane. Smieci i plwociny spalane w specyalnym piecu.
Stacya kolei: Stary Sącz lub Nowy Targ. Zgłaszać się o mieszkania i po fiakrów do Zarządu lub zajeżdżać po informacye mieszkaniowe wprost do Zarządu. Unikać faktorów.

Najsilniejsze wody lecznicze na całą Europę.

Lecznicze: Józefina, Magdalena, Wanda i Stefan i alkaiczno-stołowe najsmaczniejsze: Stefan i Jan — wysyła w czasie bezmroźnym Zarząd w skrzyniach po 25, 30 i 50 butelek. Są one do nabycia we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych.

Düsseldorfska Fabryka
Kraków, (Zwierzyniec) 225
wyrabia znane ze swej dobroci
Synapizmy „Austria“
i udaje się do Wnych Panów Lekarzy z prośbą o łaskawe polecanie ich do użytku jako
Wyrób krajowy polski.

Neurologia Polska
dwumiesięcznik 188
poświęcony neuropatologii, psychiatrii i psychologii eksperymentalnej
wychodzi w Warszawie pod redakcyą **Dra L. Dydyńskiego.**
Opłata roczna w Warszawie 6 rb., z przesyłką pocztową 7 rb.
Adres Administracyi: ul. Nowowiejska 28.

GRIES b./ BOZEN
SANATORYUM

ZAKŁAD LECZNICZY 44
DLA CHORYCH NA PŁUCA
(założony w r. 1901). Prospekty
Lekarz kierujący: **Dr V. Malfer.**

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI
Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8·50 z przesyłką pocztową Rbs. 9. 184
Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach

INDOFORM
Patent Nazwa chroniona. (Octan metylenowy kw. salicyl.) Patent Nazwa chroniona.
Nowy środek przeciwgośćcowy i znieczulający.
Z najlepszym skutkiem przy **gośćcu, ischias, dnie** stosowany, także przeciw **influency, nerwobólom** i **w praktyce dentystycznej** z dobrym wynikiem używany.
Szybkie działanie bez niemiłych objawów ubocznych.

ANTITUSSIN.
Przez pp. lekarzy polecany jako jeden z najlepszych środków **przeciw krztuścowi i wszystkim chorobom gardła.**
Zewnętrznie używany do wcierań. 88
Wyrób en gros dla Austro-Węgier
chem.-diät. Laboratorium Mr. Camillo Raupenstrauch, Wiedeń II.
Prospekty, piśmiennictwo i próbki bezpłatnie do rozporządzenia.

Rok V. 193 **Rok V.**
Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny
dwumiesięcznik, wychodzi w zeszytach objętości 6–8 arkuszy druku, pod redakcyą Dra **Antoniego Leśniowskiego.**
Prenumeratę przyjmuje **wydawca Dr Czesław Stankiewicz, Warszawa, Złota 3.** 193
Rocznie **Rb 6,** z przesyłką **Rb. 7.**

Laboratoires P. FAMEL — 20--22, Rue des Orteaux, PARIS.
SIROP FAMEL
A BASE DE LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE
Stanowi najlepszy specyfik przeciw **kaszlowi, nieżytowi przewlekłemu oskrzeli, kaszlowi napadowemu gruźliczych i schorzeniom nieżytowym.**
W nowej kombinacyi z prawdziwym kreozotem bukowym zażywany i znoszony przez najwrażliwsze osoby.

Zawiera w łyżce stołowej:
Kreosotum lactic. solub. 0 g. 20
Calcium phosphoricum 0 g. 40
Codeinum . . . . . . 5 miligramów
Tinct. alcoh. aconiti . . 2 krople
etc. etc.

Sposób użycia:
Dorosłym 2 lub 3 łyżki stołowe dziennie (rano i wieczorem) 123
Dzieciom 2 lub 3 łyżeczki kawowe lub deserowe
Czysty lub w gorącej herbacie.
Cena K 4·– za flakon. Sprzedaż we wszystkich aptekach
Próbki bezpłatne i piśmiennictwo: JULIEN MEYER, Wiedeń XVIII, Gersthoferstrasse 107.